

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



**LEKARZ
– ZAWÓD
DEFICYTOWY**

**JAK TO
ZMIENIĆ?**

24

Stomatologia

**Światowy Dzień
Zdrowia Jamy Ustnej**

37

Reportaż

**Ofiary układu
limbicznego**

46

**Ochrona zdrowia na świecie
Prawa pacjenta**



17



40



42

- 4 **Na wstępie / R. Golański:**
Lekarz – postrach złej energii
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Dane w przestrzeni publicznej
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:**
Przywiązać lekarza
- 11 **Temat miesiąca:**
Lekarz – zawód deficytowy
- 16 **Nasi w Europie / A. Lella:**
Amalgamat stomatologiczny – co dalej?
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:**
Lepiej płacić, zwiększyć limity
- 20 **Samorząd:**
Egzamin z języka polskiego trzeba zdać
- 23 **Punkt widzenia / J. Małmyga:**
Przyszedł czas na odbudowę zaufania
- 24 **Stomatologia:**
20 marca Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej
- 27 **Stomatologia:**
Zdrowie zaczyna się u stomatologa – są dowody
- 28 **Prawo i medycyna:** Zmiany w organizacji i przeprowadzaniu LEK/LDEK i PES
- 30 **Kodeks Etyki Lekarskiej:**
Art. 61 Kodeksu Etyki Lekarskiej widziany z wielu perspektyw

- 32 **Nauka w skrócie**
- 33 **Biuletyn NRL**
- 37 **Reportaż:**
Ofiary układu limbicznego
- 40 **Lekarskie towarzystwa naukowe:** Więcej znieczuleń, mniej cesarskich cięć
- 42 **Praktyka lekarska:** Nowa piramida żywienia
- 44 **Praktyka lekarska:**
Co pacjenci myślą o lekarzach?
- 46 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Prawa pacjenta (część 1)
- 48 **Indeks korzyści:** Ślepy i kulawy
- 50 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Ada Sari i w Ciechocinku
- 51 **Listy do redakcji:**
Spór o inwestycje (do Pana Doktora Sławomira Badurka)
- 52 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** I brali!
- 52 **Listy do redakcji:**
Moja ukochana medycyna / Szanujmy się wzajemnie
- 54 **Błąd malarski:** Pod skrzydłami
- 56 **Kultura:** Dla Brygidy
- 57 **Kultura**
- 58 **Sport**
- 59 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (58) / J. Wanecki:**
Ostatnia taśma
- 66 **Jolka lekarska**

Rezydentury

Według jakich kryteriów minister zdrowia przyznał niedawno ponad 1900 rezydentur? Więcej w dziale Wydarzenia na www.gazetalekarska.pl.

Dokumentacja

Jedna z przychodni na Opolszczyźnie naruszyła zbiorowe prawa pacjentów – potwierdził to Naczelny Sąd Administracyjny. Więcej w dziale Prawo na www.gazetalekarska.pl.

Opioidy

Trwają prace nad nowymi lekami przeciwbiegunkowymi i przeciwbólowymi bazującymi na związkach opioidowych. Więcej w dziale Medycyna na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności





**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Lekarz – postrach złej energii

Nie jest łatwo być lekarzem w obecnych warunkach. Żadną pociechą nie jest dla nas fakt, że być pacjentem jest jeszcze trudniej. Wyjątkowego znaczenia nabrały standardowe życzenia – obyśmy zdrowi byli.

Każdy z nas często wysłuchuje opinii i utyskiwań na to, w jak trudnych warunkach, pod jaką presją, pracują obecnie lekarze. Temat ten często pojawia się w felietonach i artykułach w naszym piśmie. Równie często słyszymy opinie o tym, jak niehumanitarny jest obecny system opieki zdrowotnej dla ludzi chorych i jesteśmy proszeni o pomoc w „załatwieniu” optymalnego leczenia. Na termin „optymalne leczenie” składa się kilka elementów. Najważniejsze z nich to dostęp do lekarza fachowca i czas rozpoczęcia leczenia. Bywają sytuacje, w których ten drugi czynnik może decydować nie tylko o skuteczności leczenia, ale także o przeżyciu pacjenta. Jedną z koleżanek żaliła mi się ostatnio, że gdyby nie obowiązujące obecnie w onkologii procedury, nasz wspólny znajomy rozpocząłby chemioterapię dwa tygodnie wcześniej. Rozpoznanie i planowana terapia były od początku oczywiste, ale zdecydować musiało konsylium. I gdzie jest prawo pacjenta do optymalnego leczenia, gdzie jest prawo lekarza do zastosowania terapii zgodnej ze standardami? A teraz kilka słów o pierwszym elemencie optymalnego leczenia, czyli o lekarzu fachowcu. Mamy obecnie do czynienia z dwoma rodzajami wiedzy medycznej. Pierwszy to wiedza oparta na faktach, którą nakazują nam stosować standardy i zalecenia. To wiedza, którą dysponują i próbują zastosować w praktyce lekarze. Drugi to wiedza oparta na internecie. Tą dysponują pacjenci, zwłaszcza

zaś ich krewni i powinowaci. Zderzenie tych dwóch rodzajów wiedzy bywa bolesne dla obu stron. Wiadomo, że jednym z warunków prawidłowego i skutecznego leczenia jest zaufanie pacjenta do lekarza i jego wiedzy. Pacjent chce mieć pewność, że jest leczony nie tylko przez lekarza, ale przez lekarza fachowca. Dlatego ważną sprawą jest zebranie opinii o osobie, której powierzy się swoje nadwyżę zdrowie w celu jego podtrzymania. Dlatego wykonywane są dziesiątki telefonów, przeglądane są fora internetowe i portale poświęcone tej problematyce. Każdy z nas był pytany, czy zna lekarza, do którego ma udać się nasz znajomy i czy na pewno jest to dobry fachowiec. Inne pytanie to: którego z... (i tu pada nazwa specjalizacji) polecasz? Lekarz, aby być skutecznym, musi być dla pacjenta autorytetem. Chyba nigdy nie było o to tak trudno, jak w tej chwili. Tymczasem każdej chorobie, nawet banalnej, towarzyszą negatywne emocje pacjenta. Przeczytałem ostatnio w jednej z reklam o „złej energii”, jaka wiąże się z chorobą. Proponowany specyfik ma być dla tej złej energii „postrachem”. Nie zawsze zdajemy sobie w naszej zabieganej lekarskiej rzeczywistości, wśród stert dokumentów i godzin spędzonych przed komputerem, sprawę z tego, że nasze zachowanie wobec pacjenta, sposób, w jaki go traktujemy, jest równie ważne jak skuteczna terapia. Możemy być postrachem dla „złej energii”, która towarzyszy chorobie. ■

Migawka

**I marzył wśród Wieczerzy Ostatniej Rozpacz,
By, nie mogąc leż zleczyć, choćby ten prostacz,
Najprostszy pozostawić dar chleba i wina.**

Leopold Staff

**W imieniu Kolegium Redakcyjnego,
Redakcji oraz autorów
i współpracowników „Gazety Lekarskiej”
życzymy zdrowych Świąt Wielkanocnych.**

Ryszard Golański

Jarosław Wanecki



Umowa-zlecenie – regulacje prawne

Coś, co robi się od zawsze albo coś, co robią w ten sam sposób inni wykonujący te same czynności, uznaje się często za usankcjonowane prawnie. Zdarza się, że lekarze wykonują zawód na podstawie umowy-zlecenia. Bywa to jedyna forma wykonywania zawodu lub jest łączona z innymi, choćby z prowadzeniem praktyki.

Taki sposób wykonywania przez lekarzy zawodu ma zwykle charakter stały, powtarzalny. Ze względu na powszechność takich zachowań pozostawia się na boku analizę możliwych skutków aktywności zawodowej w takiej formie. Może warto wobec tego zapomnieć, że funkcjonują tak koledzy i zastanowić się, jak regulują to przepisy prawa.

Dobrym początkiem takiej analizy może być art. 50 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w jej pierwotnym brzmieniu. Stanowił on, że za równoznaczne z indywidualną praktyką lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktyką lekarską uważa się wykonywanie zawodu lekarza poza zakładem opieki zdrowotnej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej. Przepis ten został już uchylony, ale przyjmowano powszechnie na jego podstawie, że umowa-zlecenie stanowiła jedną z form wykonywania zawodu lekarza. Czy jednak może mieć ona tak podstawowy charakter jak prowadzenie praktyki lekarskiej, czy udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach umowy o pracę?

Przyjmuje się, że działalność gospodarcza ma zawodowy (a więc stały, ciągły) charakter, związana jest z nią powtarzalność podejmowanych działań, ich racjonalność gospodarcza i uczestnictwo w obrocie gospodarczym. Oczywisty jest również zarobkowy charakter takiej działalności. Pisałem już wcześniej na łamach „Gazety Lekarskiej” o zasadach odpowiedzialności cywilnoprawnej lekarza za działania związane z wykonywaniem zawodu. Przepisy prawa cywilnego dają możliwość przypisania mu takiej odpowiedzialności obok, czy zamiast podmiotu zlecającego mu wykonywanie takich czynności. Do tego z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wynika, że lekarz wykonując swój zawód, nie podlega – w tym zakresie – poleceniom innych osób, nie pozostaje pod ich kierownictwem. Aktywność spełniająca takie warunki jest prowadzeniem działalności gospodarczej. Oznacza to, że przychody osiągnięte przez lekarza prowadzą-

cego praktykę lekarską powinny być jednolicie traktowane, jako przychody z tej działalności. Ryzykowne jest więc traktowanie umów-zleceń jako odrębnego źródła przychodów.

Z prowadzeniem praktyki lekarskiej wiąże się również obowiązek ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Lekarz wykonujący zawód na umowę-zlecenie, bez prowadzenia praktyki, takiego obowiązku nie ma. W takich przypadkach lekarze ubezpieczają się dobrowolnie. Ochrona z ubezpieczenia dobrowolnego jest jednak zwykle wyłączona, gdy wykonywanie czynności podlega ubezpieczeniu obowiązkowemu. Przy stałych, powtarzających się zleceniach istnieje wobec tego niebezpieczeństwo, że w razie szkody ubezpieczyciel uzna, że taka forma aktywności jest prowadzeniem praktyki i powinna podlegać ubezpieczeniu obowiązkowemu. Może być to argument do odmowy naprawienia szkody z polisy dobrowolnej.

Należy również pamiętać, że od 2016 r. zmieniają się zasady opłacania składek na ubezpieczenia społeczne od umów-zleceń. Rozliczeń dokonuje się odrębnie dla każdego miesiąca. Ustala się przy tym łączny przychód z umów-zleceń. Składkom na ubezpieczenie emerytalne i rentowe podlega nie tylko pierwsza umowa-zlecenie, ale również kolejne, jeśli łączny przychód z tych umów jest niższy od minimalnego wynagrodzenia. Ustaleń tych dokonuje się nie w sposób dowolny, ale według kolejności powstawania umów-zleceń. Do tego każdy z podmiotów, z którym zawarte są umowy-zlecenia ma obowiązek ich oskładkowania. Zleceniobiorca, który nie będzie chciał być ubezpieczony z kolejnej umowy, będzie musiał wykazać płatnikowi (zleceniodawcy), że składki od zawartej z nim umowy-zlecenia nie muszą być opłacane. Wiąże się z tym pewien kłopot, bo zwykle informacje takie można uzyskać po zakończeniu umownego okresu rozliczeniowego, a rejestracji w ZUS trzeba dokonać w ciągu 7 dni od zawarcia umowy. Oznaczać to może konieczność korygowania deklaracji zgłoszeniowych czy rozliczeniowych.

mec.
Jarosław
Klimek

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.

Dane w przestrzeni publicznej

Kto z nas nie pamięta batalii o to, by lekarz nie miał obowiązku sprawdzania uprawnień pacjenta i monitorowania kolorów w systemie eWUŚ? Batalia zupełnie słuszna, bo wprowadzenie systemu drogie, czas spędzony przed monitorem zabrany pacjentom, a i tak prawie wszyscy trafiający np. do szpitala leczenia za darmo.

**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Nawet jeśli pojawiła się osoba świecąca na czerwono, to pracownik szpitala wykonywał telefon do MOPS-u i MOPS ubezpieczał, zapewniając tym samym pieniądze z NFZ. Jedynym wyjątkiem, z jakim mój oddział miał do czynienia, był 20-letni niepełnosprawny pacjent, którego rodzice byli rozwiedzeni. Wychowująca go matka zapomniała opłacić ubezpieczenie, a ojciec wpłacił do kasy szpitalnej 20 tys. zł natychmiast po otrzymaniu wiadomości. Czy ktoś z Was miał takich przypadków więcej? Jestem bardzo ciekaw, bo eWUŚ miał przynieść znaczące oszczędności w systemie, a ja jestem pewien, że to się nie udało. My, lekarze, zmarnowaliśmy tymczasem sporo czasu. Mam nadzieję, że wraz ze zniknięciem statusu „nieubezpieczonego” – co jest w planach Ministra Zdrowia – zniknie też status „sprawdzacza”.

Jako lekarze i lekarze dentyści jesteśmy zawodami najwyższego zaufania społecznego i to zaufanie jest niezbędne dla efektywności naszej pracy. Przychodzi nam je zdobywać przy trudnych warunkach organizacji pracy i fatalnym poziomie finansowania systemu ochrony zdrowia. To nam się udaje, więc zdziwienie naszego środowiska zawsze budzą wyniki różnego typu badań, które wskazują na spadające zaufanie pacjentów do lekarzy. Każdy z nas musi więc sam zadać sobie pytanie: czy zaufanie do Ciebie u Twoich pacjentów zmniejszyło się, czy nie? Jeżeli prawdą jest, że się zmniejszyło, to czy jedyną przyczyną tego jest bałagan w ochronie zdrowia wywołany przez nieumiejętnie rządzących, czy może przyczyny stoją jednak po Twojej stronie i umiałbyś je wyeliminować? Nad tym będziemy się zastanawiać na konferencji w Senacie RP, którą organizuje Marszałek Stanisław Karczewski, a do współorganizowania której zaprosił NIL.

Zdobywanie zaufania to też przyczyna, dla której istnieje konieczność zachowania szczególnej ostrożności w kontaktach z przemysłem farmaceutycznym. Zapisy o tym znajdują się w Kodeksie Etyki Lekarskiej

w art. 51a-51g w rozdziale „Związki lekarzy z przemysłem”. Mimo funkcjonowania tych zapisów, część farmaceutycznych firm innowacyjnych zrzeszonych w Infarmie postanowiła w Polsce tworzyć Kodeks Przejrzystości. Polega on na tym, że lekarze i lekarze dentyści, którzy otrzymują jakiegokolwiek przychody od firm, jeśli wyrażą na to zgodę, zostaną umieszczeni w publicznie dostępnym serwisie informacyjnym. Sam fakt tworzenia serwisu informującego o korzyściach majątkowych akurat grupy lekarzy i lekarzy dentyistów z pominięciem innych grup zawodowych, np. pracowników firm farmaceutycznych, stanowi sugestię, że społeczeństwo pod lupą winno mieć środowisko lekarskie. Moim zdaniem kolejność powinna być odwrotna: pracownicy firm farmaceutycznych dopiero ujawniwszy swoje przychody, mogliby mieć prawo do poproszenia o to samo innych, w tym lekarzy i lekarzy dentyistów. Piszę o tym dlatego, że nie mam nic przeciwko temu, aby lekarz, jeśli tego chce, ujawniał swoje przychody. Natomiast fakt, że tego wymaga tylko część firm farmaceutycznych i dzieje się to w polskim społeczeństwie o konkretnych uwarunkowaniach społeczno-kulturowych, musi budzić niepokój. Te uwarunkowania są zupełnie inne w USA czy w Niemczech, gdzie fakt ujawniania wysokich przychodów jest przedmiotem dumy i publicznego chwalenia się. Inaczej rzecz się ma w Polsce, gdzie zarobki zawsze budzą złe emocje. Nie jesteśmy narodem, który ma w nawyku mówienie o swoich dochodach i nie wiem, dlaczego ma to robić akurat nasze środowisko.

Dane dotyczące zarobków lekarzy opracowywały różne podmioty, m.in. jedna z federacji szpitali czy firma zajmująca się doradztwem HR. Niestety, żaden z tych podmiotów nie podał dokładnej metodologii. Ostatnio Główny Urząd Statystyczny poinformował, że średnie zarobki lekarzy wzrosły. Niestety, też nie wiadać, jakim kosztem i przez ile godzin pracować musieli poddani statystyce lekarze.

Wszystkim życzę spokojnych Świąt Wielkiej Nocy.



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL



Posłowie i Senatorowie Lekarze
w NIL na spotkaniu noworocznym
z Prezydium NRL (11.02.16).



System specjalizacyjny

Naczelna Rada Lekarska zgłosiła uwagi w zakresie konieczności zreorganizowania systemu specjalizacyjnego w trzech zakresach: szkoleń, trybu przeprowadzania egzaminów, nadzoru nad prawidłowością przebiegu procesów kształcenia.

Przykładowo: w pierwszym zakresie NRL proponuje m.in. zlikwidowanie „szkoleń na odległość”; przeprowadzenie szczegółowych ankiet dotyczących kształcenia podyplomowego (wśród lekarzy zdających egzamin, kierowników specjalizacji, ośrodków egzaminujących, konsultantów); stworzenie systemu motywacji dla kierowników specjalizacji; w drugim zakresie NRL proponuje m.in. ujednolicenie oraz usystematyzowanie szkoleń w różnych ośrodkach; dostosowanie pytań testowych oraz zakresu egzaminu ustnego do zakresu wskazanej literatury zamieszczonej na stronach internetowych konsultanta krajowego, CMKP, towarzystw naukowych; przeanalizowanie trybu, w jakim zostały przeprowadzone szkolenia specjalizacyjne (wolontariat, rezydentura czy umowa o pracę) i dookreślenie, który system jest najefektywniejszy pod kątem zdawalności egzaminu; w trzecim zakresie NRL proponuje m.in.: przeciwdziałanie zmuszaniu lekarzy w trakcie specjalizacji przez zarządzających do całkowitego samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym niepokrywających się z odbywaną specjalizacją lub wymagających znacznie wyższych kwalifikacji niż te, które posiadają; zwrócenie szczególnej uwagi na ośrodki, które pomimo spełnienia formalnych warunków mają trudności z uzyskaniem akredytacji do szkolenia specjalizacyjnego. Całość propozycji na stronie www.nil.org.pl.

Refundacja – wniosek o zmiany

Wniosek o zniesienie obowiązku określania przez lekarzy odpłatności za leki refundowane oraz o zniesienie przyporządkowania refundacji leków do wskazań zarejestrowanych przez producenta preparatu handlowego złożył do Ministra Zdrowia

Prezes NRL, działając w porozumieniu z organizacjami lekarskimi, które były współorganizatorami tzw. protestu pieczętkowego. Jak czytamy we wniosku, protest w 2012 r. spowodował pewne zmiany w przepisach ustawy o refundacji leków, to jednak nie uchylono – wbrew deklaracjom ówczesnego Premiera i Ministra Zdrowia – obowiązku określania na recepcie stopnia refundacji za wypisywane leki i obowiązku ustalania uprawnień do refundacji osób uprzywilejowanych. Co więcej, oba te obowiązki zapisano w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Pozostawiono również zasadę, że refundacja leku przypisana jest do wskazań zarejestrowanych przez producenta preparatu handlowego, a nie do faktycznych zastosowań klinicznych.

Etyka Słowa

Konieczność postawienia tamy wulgaryzacji i agresji w komunikacji, przeciwstawienia się manipulacji, kłamstwu, oszustwom, obrażaniu ludzi, przemoccy słownej i potrzeba promowania prawdomówności, kulturalnego porozumiewania się i prowadzenia sporów – to przyczyny powołania Zespołu Etyki Słowa przy Radzie Języka Polskiego Polskiej Akademii Nauk. Do zespołu zaproszeni zostali Prezes NRL oraz rzecznik prasowy NIL. Prof. Jadwiga Puzynina, przewodnicząca Zespołu, na pierwszym spotkaniu wyraziła przekonanie, że zespół stanie się wspólnotą w zakresie uznania zasadniczych norm etycznych. Powołano następujące podzespoły etyki słowa: w polityce, w mediach, w wypowiedziach Kościołów, w literaturze i krytyce literackiej, w tekstach wypowiedzi urzędowych, w edukacji dzieci i młodzieży oraz podzespół podstaw teoretycznych etyki słowa.

Relacje – badanie NIL

Wyniki badania „Jak oceniamy nasze relacje z pacjentami i współpracownikami?” przeprowadzonego przez NIL zostaną przedstawione na konferencji „Lekarz – zawód szczególnego zaufania społecznego” w dniu 3 marca, organizowanej w Senacie RP i współorganizowanej przez NIL. Zaplanowano również przedstawienie badania „Zawód lekarza



w opiniach i ocenach społecznych” przeprowadzonego przez Centrum Badania Opinii Społecznej i zaplanowano wystąpienia gości polskich m.in. Ministra Zdrowia, jak i zagranicznych - Prezesa Światowej Organizacji Dentystycznej FDI i Prezesa Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich.

List lekarzy psychiatrów

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz zainterweniował u Rzecznika Praw Pacjenta, Krystyny Kozłowskiej, w sprawie lekarzy psychiatrów Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, którzy wystosowali list otwarty opisujący zachowanie Rzecznika Praw Pacjenta ich szpitala. List był wystosowany „w związku z insynuacjami medialnymi dotyczącymi okresowych opinii o pacjentach detencyjnych”. Lekarze uznali, że w stylu pracy przyjętym przez RPP szpitala, konfrontacyjnym wobec lekarzy, gubi się dobro pacjenta. Podkreślili, że sporządzane przez nich opinie były rzetelne, prawdziwe i odpowiadały budowie stylistycznej i logicznej, co znajdowało potwierdzenie w uzasadnieniach postanowień sądów. Prezes NRL poprosił Rzecznika Praw Pacjenta o dokładne wyjaśnienie opisanej sprawy i wyciągnięcie konsekwencji. „Nie wyobrażam sobie, aby na stanowisku Rzecznika Praw Pacjenta szpitala psychiatrycznego pozostać mogła osoba, która – co podnoszone jest w treści listu otwartego – rozpowszechnia o szpitalu nieprawdziwe informacje mogące podważyć zaufanie pacjentów, ich rodzin i opinii publicznej” – zaznaczył. Do RPP zwrócił się tej sprawie również Konsultant Krajowy ds. Psychiatrii, prof. Piotr Gałęcki. Całość korespondencji na www.nil.org.pl.

Czynności ratunkowe

Prezydium NRL po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, zaproponowało skreślenie m.in.

czynności takich jak „zakładanie sondy żołądkowej i płukanie żołądka” oraz „cewnikowanie pęcherza moczowego”. Prezydium NRL wskazało, że zarówno zakładanie sondy żołądkowej i płukanie żołądka, po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych, jak i cewnikowanie pęcherza moczowego jest dopuszczalne w opiniowanym projekcie jedynie w załączniku nr 2 – „Medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego pod nadzorem lekarza systemu”, dlatego też nieuzasadnione jest przyznawanie takiego uprawnienia ratownikowi do samodzielnego wykonywania poza podmiotem leczniczym. Pełna treść stanowiska na stronie www.nil.org.pl.

Egzamin z języka polskiego

W lutym do egzaminu z języka polskiego zgłosiło się 100 osób z polskim obywatelstwem, które ukończyły studia medyczne w języku innym niż język polski i ubiegają się o przyznanie w Polsce prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty bądź ograniczonego prawa wykonywania zawodu. Obowiązek w zakresie potwierdzania znajomości języka polskiego przez te osoby wyniknął 18 stycznia br. z nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zmiana ta polega na tym, że obywatele państw członkowskiego UE (nie wyłączając obywateli polskich) przed uzyskaniem prawa wykonywania zawodu (a także ograniczonego prawa) są zobowiązani złożyć z wynikiem pozytywnym egzamin z języka polskiego organizowany i przeprowadzany przez Naczelną Izbę Lekarską, zamiast dotychczasowego oświadczenia o znajomości języka. Komisja NRL ds. Egzaminów z Języka Polskiego zapewniła, że jest przygotowana do przeprowadzenia egzaminów. Jednocześnie Prezes NRL zwrócił się do Ministra Zdrowia o rozważenie ewentualnych zmian legislacyjnych w zakresie poszerzenia wykazu dokumentów potwierdzających spełnienie wymogu władania językiem polskim w mowie i w piśmie, w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty.

Przywiązać lekarza

Stojąc na czele fasadowego, utworzonego zaledwie siedem lat temu, centralnego organu administracji rządowej, trzeba od czasu do czasu dać o sobie znać, by przypadkiem nikt nie pomyślał, że roczny budżet w wysokości trzynastu milionów złotych i ponad stu pełnoetatowych pracowników to jakieś biurokratyczne fanaberie taniego tylko z nazwy państwa.

Tak postrzegam szeroko komentowaną propozycję rzecznika praw pacjenta, Krystyny Kozłowskiej, by zobowiązać rezydentów do odpracowania określonego czasu w Polsce w placówkach publicznych ochrony zdrowia.

Sprzeczny, nomen omen, z prawem i sprawiedliwością pomysł, spotkał się ze zdecydowanym odporem zarówno ministra Radziwiła, jak i prezesa Hamankiewicza. Skonstatowawszy popełnioną gafę, pani rzecznik wyjaśniała, że to nic więcej, jak tylko propozycja, w dodatku zgłaszana już lata temu przez prominentnych polityków PiS-u. Strategia „to nie ja, to oni”, w dodatku z ugrupowania i dzisiaj sprawującego władzę, na pierwszy rzut oka wydaje się dobra, a przede wszystkim bezpieczna, dla powołanej za czasów PO urzędniczki.

Rzeczywiście, wiosną 2007 r. szef Komitetu Stałego Rady Ministrów, Przemysław Gosiewski, a w ślad za nim minister zdrowia, Zbigniew Religa, wspominali o zobowiązaniu lekarzy do odpracowania lub zwrócenia części kosztów finansowanych z budżetu państwa rezydentur. I na tym się skończyło. Z oczywistych względów nie dowiemy się, co sprawiło, że obydwaj politycy bardzo szybko porzucili temat. Być może zdali sobie sprawę z przeszkód prawnych. Nie wykluczone jednak, że zdecydował mocno załatwiający stęchłączkę wczesnych, mrocznych lat PRL-u rodowód pomysłu. Zgodnie z dyrektywą towarzyszy radzieckich, posiadających doświadczenie w realizacji leninowskiego hasła „Kto nie pracuje, ten nie je”, w styczniu 1946 r. ukazał się dekret o rejestracji i obowiązku pracy, podpisany przez niechlubnej pamięci Bolesława Bierutą. Wraz z dekretem pojawiło się pojęcie nakazu pracy oraz przymus przesiedleńczy. Gdybyśmy wtedy mieli rzecznika praw pacjenta i gdyby ów rzecznik był tak zaniepokojony problemem niedoboru lekarzy jak pani Krystyna Kozłowska, zapewne przyklasnęłyby on bolszewickim rozwiązaniom, nie tylko po linii partyjnej, ale i z potrzeby serca. Chodziło wszak o to, by dla dobra ludu pracującego miast i wsi lekarze z dużych miast przenosili się na prowincję, w tym w szczególności na Ziemię Odzyskaną. W 1950 r., po zlikwidowaniu izb lekarskich i przekazaniu ich majątku związkom zawodowym i skarbo-

wi państwa, minister zdrowia, Jerzy Sztachelski, wydał rozporządzenie w sprawie zasiłków osiedleńczych. Kierowanie lekarzy, gdzie władza ludowa sobie umyśliła, trwało w najlepsze. Oficjalnie nakazy prac zlikwidowano w czasie popaździernikowej odwilży, po odwołaniu w lipcu 1958 r. wspomnianego dekretu Bierutą. Ale uwaga! Lekarzy złagodzone rygory nie dotyczyły. Ich nakazy pracy obowiązywały jeszcze w latach 60.

Przypominam o tym, bo wbrew sugestiom pani rzecznik Kozłowskiej, to wcale nie pisowcy wpadli na pomysł zmuszania lekarzy do pracy w zamian za zdobycie zawodowych szlifów. Jeśli już szukać rozwiązań z przeszłości, warto przypomnieć rozpowszechniony w latach 70. i 80., a obecnie prawie zapomniany, system stypendiów fundowanych. Szpitale i przychodnie, zainteresowane pozyskaniem młodej kadry lekarskiej, zawierały ze studentami medycyny umowy, oferując w zamian za podjęcie pracy pieniądze, mieszkanie, a bywało – talon na malucha. To było wtedy coś. Dziś sytuacja demograficzna jest o wiele gorsza, brak lekarzy staje się z roku na rok coraz bardziej dramatyczny, a państwo nadal nie potrafi powiedzieć naszej grupie zawodowej: „zależy nam na was”. Ważny interes społeczny wymaga, by jak najszybciej to zmienić. Warunki pracy i możliwości rozwoju zawodowego to dwa najważniejsze obszary działań naprawczych. W minionych ośmiu latach zrobiono w tym zakresie bardzo mało. Kosztem ogromnych środków i nie licząc się z rzeczywistymi potrzebami, rozbudowano za to aparat biurokratyczny. Rozrastające się i drożące z biegiem lat biuro Rzecznika Praw Pacjenta, którego funkcjonowanie kosztowało nas już tyle, co roczny budżet średniej wielkości szpitala, tudzież kwotę zbieraną podczas finału orkiestry Jerzego Owsiaka, to jeden z wielu przykładów rozwoju raka biurokracji na szczeblu centralnym. Jest swego rodzaju ironią losu, że w należącej do UE kraju, który niemal trzykrotnie w ciągu minionych 25 lat zwiększył zatrudnienie w administracji publicznej, przedstawicieli deficytowej i bardzo potrzebnej grupy zawodowej próbuje się „zachęcać” do niepodejmowania zatrudnienia za granicą współczesną mutacją peerelowskiego nakazu pracy. ■

**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Lekarz – zawód deficytowy

W Polsce przypada niewiele ponad 2 lekarzy na 1000 mieszkańców, a zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia powinno ich być co najmniej dwa razy więcej.

Lekarz stał się w naszym kraju zawodem deficytowym i wciąż trwa odpływ kadr medycznych za granicę. Odkąd Polska weszła do Unii Europejskiej z kraju wyjechało 12 tys. lekarzy. Jeśli chodzi o liczbę lekarzy na 1000 mieszkańców, Polska zajmuje 34. miejsce. Największą liczbą lekarzy cieszy się Grecja – na 1000 mieszkańców przypada tam 6,3 lekarza, czyli niemal 3 razy więcej niż w Polsce, a także Austria (5,0), Rosja (4,9), Niemcy (4,1) czy Szwajcaria (4,0). Mimo to kraje te chętnie zatrudniają lekarzy z Polski. Cenią ich za profesjonalizm, pracowitość, otwartość na podnoszenie kwalifikacji. Oferują lepsze warunki pracy i płacą lepiej niż polskie placówki służby zdrowia. Polski lekarz kończący studia zarabia w kraju średnio 3 tys. zł brutto. Aby wyżyć, ima się kilku etatów lub bierze dużo dyżurów. Za granicą na starcie dostaje 4 tys. euro. Jednak chodzi nie tylko o pieniądze, ale o nieprzyjazny system specjalizowania się, który jest niedostosowany do oczekiwań młodych lekarzy, a także uciążliwy sposób funkcjonowania lecznictwa, które jest głęboko niedofinansowane. W Polsce procent PKB przeznaczany na ochronę zdrowia wynosi 6,4, a średnia aż 8,9 proc. Mniej od Polski wydają w Europie jedynie kraje bałtyckie – Litwa, Estonia i Łotwa. Dramatycznie też brakuje specjalistów tzw. wąskich specjalności. Mimo że resort zdrowia uznał je za priorytetowe, młodzi lekarze rzadko je wybierają. Niszowe dziedziny to: choroby płuc, otolaryngologia, dermatologia i wenerologia, medycyna rodzinna oraz onkologia. Ze specjalności tych na 10 tys. ludności przypada niespełna 0,5 lekarza. Deficyty notuje się też w patomorfologii, radiologii, medycynie paliatywnej i geriatрії. Jak zatrzymać lekarzy w kraju? Co zrobić, aby zachęcić ich do specjalizowania się w niszowych specjalnościach? Na pewno działania muszą być wielokierunkowe. Jakże? Na ten temat swoimi opiniami podzielili się z nami nasi rozmówcy.



Jarosław Pinkas,
wiceminister Zdrowia.

Młodzi lekarze szlifują języki obce, wyjeżdżają na praktyki, wymiany, nieco starsi na międzynarodowe sympozja – każdy dziś dosyć łatwo może dostrzec, jaki standard życia i jakie perspektywy czekają go w Polsce, a jakie za granicą. Wszystkie działania, które podejmuje nasz resort, mają na celu usprawnienie całego systemu służby zdrowia, a tym samym zapewnienie lekarzom warunków do pracy, które zachęcą ich do pozostania w kraju.

Poważny problem stanowi deficyt lekarzy rodzinnych. Dziś w Polsce mamy tylko ok. 11 tys. specjalistów medycyny rodzinnej. Ta specjalizacja nie jest atrakcyjna i trzeba to zmienić, należy powrócić do idei przyświecającej jest powstaniu, czyli wizji lekarza instytucji o szerokich kompetencjach, wspieranego przez pielęgniarki i opiekunki społeczne. Kiedy tworzone medycynę rodzinną, do jednego egzaminu specjalizacyjnego przystępowało po kilkaset osób. W 2015 r., w sesji jesiennej, wystawiono 82 dyplomy specjalizacyjne. Oczywiście konieczne jest kształcenie większej liczby lekarzy. Dlatego planujemy od tego roku zwiększyć o 20 proc. limity przyjęć na studia lekarskie w języku polskim. Pracujemy też nad podniesieniem jakości kształcenia w zawodach medycznych. Planowane są m.in. przywrócenie stażu podyplomowego, aby lekarze mogli w pełni przygotować się do zawodu oraz reforma systemu specjalizacji, który będzie bardziej przyjazny dla młodych lekarzy. Studia medyczne są bardzo trudne, czasochłonne. A młody człowiek, który wiele w siebie zainwestuje i wiele sobie odmawia, w naturalny sposób oczekuje, że robi to po coś – chce leczyć ludzi, co zasługuje na najwyższy szacunek, ale chce też mieć szansę na przyzwoity standard życia. Dobry lekarz to nie tylko lekarz doskonale wykształcony, ale także w dobrej formie psychicznej i fizycznej, wypoczęty i skupiony na swoich obowiązkach i swojej wiedzy. W Polsce zderzenie młodego lekarza z oczekiwaniami społecznymi i administracyjnymi jest bardzo bolesne. Praca w atmosferze zniecierpliwienia ze strony pacjentów powoduje ogromną presję.



prof. Wojciech Maksymowicz,
dziekan Wydziału Nauk
Medycznych UWM,
członek zespołu
przy Ministrze Zdrowia

**do opracowania zmian systemowych
w ochronie zdrowia**

W przeszłości przeżywalismy już masowe wyjazdy lekarzy za granicę, ale ten exodus udało się zahamować ówczesnemu ministrowi Zbigniewowi Relidze, ponieważ wymusił na rządzie zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Odpowiedź na pytanie, jak zatrzymać kolejną falę, jest więc prosta: należy wprowadzić motyw ekonomiczny. Pomysł jego następców, by problemy pokonać organizacyjnie, nie wypaliły. Oczywiście jest, że zmiany organizacji systemu powinny być wprowadzane w miarę, jak ten system ewoluuje, ale

**Lucyna
Krysiak**



za tym muszą iść konkretne pieniądze. Trzeba sobie jasno powiedzieć, że w wielu dziedzinach medycyny jesteśmy wobec świata zapóźnieni, balansujemy na granicy bezpieczeństwa pacjenta i tego także nie da się zmienić bez odpowiednich nakładów. To się wiąże z problemem kolejek, których mimo różnych pomysłów nie udało się skrócić, ponieważ skutecznie zahamowano wzrost środków przeznaczanych na zdrowie. Oczywiście można zwiększać limity przyjęć na studia medyczne, ale wzrost liczby lekarzy bez zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną jest równoznaczny z wypchnięciem kolejnych specjalistów do pracy w bogatszych krajach Unii Europejskiej. Pojawi się też bolesny problem drastycznego obniżenia dochodów sprawnych, ale leczących lekarzy. Przecież w Polsce rzadko kiedy lekarz idzie na emeryturę, kiedy osiąga ustawowy wiek emerytalny. Pracuje, dopóki mu na to zdrowie pozwala, a więc często nawet do 80. roku życia. W zachodnich systemach tego nie ma, dlatego młodsze pokolenia lekarzy szybciej przejmują pałeczkę od starszych kolegów, mając tym samym większe szanse na rozwijanie się i pięcie po szczeblach karier. Decyzja o wyjeździe za granicę jest dla lekarza naprawdę trudna; mimo że ma tam lepsze warunki pracy i płacy, nie jest u siebie. Jeśli więc w kraju będą mieć lepsze perspektywy pracy i rozwoju, przestaną masowo wyjeżdżać.



Zyta Kaźmierczak-Zagórska,
wiceprezes Naczelnej
Rady Lekarskiej

Jesteśmy świadkami drugiej fali emigracji lekarzy. Pierwsza miała miejsce po wejściu Polski do Unii Europejskiej, kiedy masowo wyjeżdżali zarówno lekarze z dużym stażem, jak i bezpośrednio po studiach. Aby ich zatrzymać, w latach 2006-2007 stworzono nową formę kształcenia specjalizacyjnego – rezydenturę. Miejsca rezydenturki dzielono na województwa, a najważniejszym kryterium ich przyznawania był wynik LEK i LDEK. O ich liczbie decydował Minister Zdrowia, po zasięgnięciu opinii konsultantów krajowych w poszczególnych specjalnościach. Wywalczono też wynagrodzenia dla rezydentów z odniesieniem do średniej krajowej (1:1). To był wielki sukces środowiska lekarskiego. Liczyliśmy, że pensje rezydentów sukcesywnie będą rosły, ale minęła dekada, a my stanęliśmy w miejscu. Od tego czasu średnia zmieniła się, a ich wynagrodzenia pozostały na tym samym poziomie (obecnie to 70 proc. średniej krajowej). Przez lata walczyliśmy, aby wszyscy otrzymali rezydenturę jako podstawową formę kształcenia specjalizacyjnego, by nikt nie pozostawał na wolontariacie i bez środków do życia. Powoli zbliżamy się do tego modelu (w ostatnich latach rezydentur jest więcej). Jednak sama rezydentura nie zadowala już młodego lekarza, który chciałby specjalizować się w kierunku zgodnym z jego oczekiwaniami, w ośrodku, gdzie kształcenie jest prowadzone przez odpowiednio wykwalifikowaną kadrę, a wykonywane tam zabiegi są na wysokim poziomie. Napotyka jednak na

barierę w postaci braku miejsca akredytowanego lub znajduje je w odległym mieście. Ośrodki akredytowane nierzadko mają zbyt małe kontrakty, aby lekarze specjalizujący się mogli wykonywać wymaganą ilość procedur zgodnych z programem specjalizacji. Często zmusza się rezydentów do „łatania dziur” np. dyżurów, co jest wbrew prawu. W tej sytuacji marzenia rozmiągają się z rzeczywistością. W dobie, bardzo popularnych umów cywilnoprawnych trudno jest także znaleźć kierownika specjalizacji, który bierze na siebie odpowiedzialność, a nie idą za tym gratyfikacje finansowe. Problemem, zwłaszcza w specjalizacjach zabiegowych, jest brak w Polsce miejsc, gdzie lekarz mógłby szkolić się na tzw. cadaverach, czyli uprzednio przygotowanych zwłokach lub ich fragmentach. Takie szkolenia kosztują wielokrotność pensji rezydenta, a nie ma dla nich ulg, jak np. w Hiszpanii czy Wielkiej Brytanii. Aby to zmienić, potrzeba wielu działań. Uważam, że przyczyną emigracji lekarzy należy szukać w procesie kształcenia specjalizacyjnego. Niepokoi nas niska zdawalność PES. NRL chce się temu przyrzec. Należałoby stworzyć pulę pytań i precyzyjnie określić zakres literatury obowiązującej na egzaminie. Lekarze wyjeżdżają, bo tam inwestuje się w ich rozwój. Od pierwszego dnia mają zapewnioną pracę, dostęp do nowoczesnych technologii, dobre warunki zatrudnienia, czas na naukę, kursy, to jest zaplanowane. Każdy wie, że ta inwestycja się zwróci.



Andrzej Wojnar,
przewodniczący
Komisji Etyki Lekarskiej NRL,
Konsultant Wojewódzki
i kierownik Zakładu

Patomorfologii Dolnośląskiego Centrum Onkologii

O tym, że jest za mało lekarzy i o zagrożeniach wynikających z tego stanu rzeczy, mówi się od lat, jednak dotychczasowe działania podejmowane przez resort zdrowia okazały się mało skuteczne. Szczególnie trudna jest sytuacja w niszowych specjalnościach, a taką jest patomorfologia, którą reprezentuję. Patomorfolog nie ma dyżurów na oddziale czy w izbie przyjęć, nie ma bezpośredniego kontaktu z chorym człowiekiem, nie trzyma pacjenta za dłoń, nie widzi jego dziękczynnego uśmiechu czy łez dopingujących do pomocy. Często pacjent w ogóle nie wie, że ręką chirurga, chemioterapeuty czy radioterapeuty kieruje patomorfolog. Wiele osób, zwłaszcza kobiet, decydowało się na tę specjalizację m.in. ze względu na skrócony do 5 godzin czas pracy, ale i to, jak wcześniej przydział mleka, który decydenci nam zabrali. Mimo że Ministerstwo Zdrowia zaoferowało lekarzom wybierającym ten kierunek specjalizacji profity finansowe, „boomu nie ma”. Wielu odstrasza wykonywanie sekcji zwłok, ale moim zdaniem problem jest złożony, ponieważ ta dziedzina jest wielodyscyplinarna, przez co jest trudnym działem medycyny. Przejawia się to w ścisłej współpracy z różnymi specjalnościami: onkologią kliniczną, chirurgią, ginekologią, urologią, neurochirurgią, ortopedią, radio-

terapią, radiodiagnostyką, dermatologią itd., co wymaga konieczności na bieżąco weryfikowania wiedzy patomorfologa. Szkolenie specjalizacyjne musi więc być prowadzone na takim poziomie, aby mu to zapewnić. Niestety, praktyka wskazuje, że nie zadowala młodych lekarzy, a często ich zniechęca do wyboru tego kierunku specjalizacji albo szukania lepszych warunków, które oferują zagraniczne placówki służby zdrowia. Kierownik specjalizacji mający pod opieką do trzech specjalizantów, pracujący w kilku miejscach pracy, po prostu nie ma wystarczającej ilości czasu dla swoich podopiecznych, no i nie dostaje za to żadnego wynagrodzenia czy ulg w zatrudnieniu od pracodawcy. W grę wchodzi także pieniądze: specjalizujący się lekarz z rezydentury nie jest w stanie utrzymać się i swojej rodziny, szuka więc dodatkowego zatrudnienia, co odbija się na jakości przygotowania do egzaminu specjalizacyjnego. Samorząd lekarski przez cały czas zabiega, aby jakość szkoleń zarówno specjalizacyjnych, jak i z zakresu kształcenia ustawicznego była coraz wyższa, ale działania muszą być podejmowane przede wszystkim przez decydentów.



Jacek Krajewski, Porozumienie Zielonogórskie

W POZ pracuje około 28 tys. lekarzy, ale tylko 10 tys. z nich to lekarze rodzinni. Aby prowadzić leczenie na wysokim poziomie w tym segmencie lecznictwa, potrzeba ich znacznie więcej. W dużych miastach jest lepiej. Na jednego lekarza rodzinnego przypada nawet 800 pacjentów, ale w mniejszych, np. we wschodnich regionach kraju ten wskaźnik wynosi nawet 3,5 tys. pacjentów. Lekarze przyjmują po kilkudziesięciu chorych dziennie, nie mają zmienników, możliwości wyjeżdżania na urlop, nie mają szans się dokształcać. Nic dziwnego, że medycyna rodzinna jako specjalizacja jest wybierana niechętnie. Z jednej strony jest słabo wynagradzana, z drugiej nie stwarza możliwości rozwoju. W 2007 r., kiedy środowisko medyczne wywalczyło podwyżki, sytuacja na chwilę się poprawiła, odpływ kadr za granicę się zatrzymał, jednak znów stanęliśmy pod ścianą. Lekarz rodzinny to podstawa systemu, jest najlepiej przygotowany do kompleksowego leczenia, szczególnie chorób przewlekłych, jego usługi są tańsze niż innych specjalistów, jest więc niezbędny dla ekonomizacji lecznictwa, racjonalnego wydawania środków. W dobrze zorganizowanym systemie tylko 20 proc. pacjentów POZ trafia do specjalistów. W Polsce tak nie jest, bo potrzeba więcej lekarzy rodzinnych, należy podnieść ich prestiż i zmniejszyć liczbę pacjentów, których mają pod opieką. Trzeba też postawić na jakość świadczeń, a nie na ilość. Młodzi lekarze wybierają bardziej atrakcyjne specjalizacje, ponieważ mogą tam liczyć na rozwój zawodowy i karierę naukową. Lekarz rodzinny może robić podspecjalizację tylko w geriatric, medycynie przemysłowej, balneologii i klimatologii. W sytuacji, kiedy pląga się nowotwory, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, wskazana byłaby podspecjalizacja także w innych dzie-

dzinach. Aby lekarzy rodzinnych zatrzymać w kraju, podstawowa opieka zdrowotna musi zmienić swoje oblicze, ale to wymaga doinwestowania, poszerzenia kompetencji, podzielenia ich ze specjalistami. Muszą oni brać udział w kursach dokształcających nie tylko w weekendy, ale w tygodniu. Na to jednak potrzeba zgody pracodawcy, której przeważnie nie ma. Należy wzorem Anglików opracować algorytm postępowania w najczęściej występujących chorobach, co pomaga w codziennych czynnościach, ale też stwarza lekarzowi możliwość aktualizowania wiedzy na ich temat. Musi jednak zależeć na tym płatnikowi i państwu.



Marta Szadurska-Noga, Komisja Młodych Lekarzy WMiL w Olsztynie

Przyczyn ucieczki lekarzy do pracy za granicę jest kilka, ale najważniejsze to dostępność do specjalizacji, sposób kształcenia podyplomowego specjalizanta i brak perspektyw zatrudnienia po uzyskaniu tytułu specjalisty. Z jednej strony jest odczuwalny deficyt lekarzy, z drugiej paradoksalnie tych miejsc pracy nie ma. Obecny system rozdziału miejsc rezydenckich jest niedoskonały, miejsce ubiegania się o „rezydenturę” jest zdeterminowane przez adres zameldowania. System ogólnopolski byłby być może rozwiązaniem tego problemu, wielu lekarzy z chęcią zmieniłoby miasto czy województwo, w którym mieszka, aby móc szkolić się w wymarzonej dziedzinie. Znanie są także przypadki łamania praw pracowniczych w odniesieniu do młodych lekarzy, niezbędne są więc regulacje prawne dotyczące odbywania dyżurów medycznych i czasu pracy. Propozycja składania egzaminu specjalizacyjnego w trakcie ostatniego roku trwania szkolenia specjalizacyjnego, urealnienie programów specjalizacji, przywrócenie stażu podyplomowego i podniesienie jakości kursów w ramach kształcenia podyplomowego – to postulaty wciąż powtarzane przez Komisję ds. Młodych Lekarzy, które zrealizowane realnie przełożyłyby się na liczbę specjalistów. Ważne jest też zwiększenie i prawidłowe, logiczne zróżnicowanie wynagrodzenia lekarzy rezydentów i specjalistów, nierzadko bowiem specjalista w danej placówce zarabia mniej niż rezydent. Tematy te były poruszane podczas spotkania przedstawicieli Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL z Ministrem Zdrowia.



Łukasz Szmygel, Komisja Młodych Lekarzy OIL w Gdańsku

Wyniki ankiety przeprowadzonej przez naszą komisję wśród młodych lekarzy wskazują, że powodem ich decyzji o wyjeździe za granicę jest lepsza organizacja pracy, atrakcyjne wynagrodzenie oraz zdecydowanie korzystniejsze warunki rozwoju i kształcenia. Coraz rzadziej pojawia się argument niskich zarobków, a przeważa uregulowany i przestrzegany czas pracy oraz sprawiedliwe i jasne

zasady w systemie, w którym lekarz skupiony jest na leczeniu pacjenta, a nie na obowiązkach administracyjnych. Spośród ankietowanych deklarujących chęć wyemigrowania, blisko 65 proc. nie podjęło jeszcze żadnych konkretnych kroków w tym kierunku, co napawa optymizmem i powinno motywować decydentów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w Polsce do podejmowania działań mających na celu zatrzymanie ich w kraju. Większość dotychczasowych decyzji Ministerstwa Zdrowia w ostatnich latach pogorszyła warunki kształcenia i pracy lekarzy. Niepokoiła likwidacja stażu podyplomowego, który jak deklaruje nowy Minister Zdrowia, ma być przywrócony. Nadal jednak pozostaje nierozwiązany problem zapewnienia pracy i kształcenia specjalizacyjnego dwóm rocznikom, które w 2018 r. uzyskają prawo wykonywania zawodu. Obawa jest realna, ponieważ w ostatnich latach była zbyt mała liczba rezydentur stanowiących podstawę kształcenia specjalizacyjnego. Dodatkowo, wprowadzona nowelizacja ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry zakazująca rezydentom zmiany kierunku specjalizacji, zniechęciła młodych lekarzy do systemu kształcenia. Obecnie, według OIL w Gdańsku, blisko 16 proc. lekarzy specjalizuje się na wolontariacie. Co szósty specjalizujący się musi całość lub część 4-6-letniego stażu specjalizacyjnego przepracować bez wynagrodzenia. Stanęliśmy też przed problemem luki pokoleniowej. Średnia wieku lekarzy w wielu specjalnościach to 55-60 lat. Najgorzej jest w takich specjalnościach jak diagnostyka laboratoryjna (średnia wieku 63 lata), reumatologia, otolaryngologia (57 lat), pediatria, ginekologia (56 lat) i chirurgia (55 lat).



Damian Patecki, Porozumienie Rezydentów

Zrzeszamy lekarzy i lekarzy dentystrów w trakcie specjalizacji, którzy pragną pozostać w kraju. Nie chcemy wyjeżdżać za granicę, zabiegamy, aby stworzono tu satysfakcjonujące warunki do pracy i rozwoju zawodowego. Główną przeszkodą jest zbyt niskie finansowanie ochrony zdrowia. Przez prawie trzydzieści lat od odzyskania niepodległości, nie udało się stworzyć takiego systemu, który zapewniałby godziwą opiekę pacjentom i dobre warunki pracy pracownikom. Dyrektorzy szpitali mają ogólnie narzucone wyceny świadczeń, gnębią ich limity przyjąć, więc jedyną możliwością bilansowania ich działalności jest kształtowanie wynagrodzeń pracowników. Dalsze funkcjonowanie systemu w takim kształcie nie jest już możliwe, jest on podtrzymywany dzięki zbiorowemu wysiłkowi lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i innych pracowników ochrony zdrowia. Przyczyny deficytów, kadrowych lekarzy to: niezadowolający poziom kształcenia – Porozumienie Rezydentów sformułowało postulaty w tej sprawie, które przedstawiło Ministerstwu Zdrowia (dziękujemy samorządowi lekarskiemu za poparcie), niewystarczające wynagrodzenia rezydentów – od siedmiu lat

nie były one waloryzowane i dzisiaj stanowią 70 proc. średniej krajowej oraz brak perspektyw zawodowych po ukończeniu wymarzonej specjalizacji. Zdarza się też, że lekarze specjaliści zarabiają mniej niż rezydenci, co zdaniem Porozumienia Rezydentów jest niedopuszczalne. Naszym kluczowym postulatem jest wprowadzenie gratyfikacji dla kierowników specjalizacji, ponieważ nasi mistrzowie powinni być docenieni za trud, który wkładają w kształcenie przyszłych specjalistów. Problemem jest także przeciążenie pracą, nadmiar obowiązków biurokratycznych czy też niski prestiż naszego zawodu. Pomimo niedoboru specjalistów młodzi lekarze często nie mogą znaleźć pracy po specjalizacji ponieważ szpitale wolą szkolić kolejnych rezydentów będących dla nich tanią siłą roboczą, niż zatrzymać tych, których wykształcili i wychowali.



Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

Lista powodów, dla których lekarze wyjeżdżają do pracy za granicę, jest długa, ale zawsze kryją się za nimi pieniądze. Te oszałamiające wynagrodzenia, które powszechnie się przytacza przy każdej okazji, aby pokazać, jak wzrósł poziom życia lekarzy, to fikcja. Nie wynikają one z godziwych płac, ale pracy na kilku etatach i dyżurowania. W sytuacji niedoborów kadrowych w niektórych działach medycyny jest to wręcz wymuszone. Jako związek zawodowy nie domagamy się jednak podwyżek płac, tak jak to było lata temu, kiedy podejmowaliśmy akcje protestacyjne, strajki. Podwyżki nie rozwiążą problemu. Niech lekarz zarabia tyle, ile zarabia, ale za 8 godzin pracy, by nie był przymuszony podejmować pracy w kilku miejscach, bo to zagraża zarówno jego zdrowiu, jak i bezpieczeństwu pacjenta. Jednak tego rodzaju działania wymagają zmiany systemu wynagradzania, a o tym nikt nie chce z nami rozmawiać. To w dużej części zrekompensowałoby inne uciążliwości naszego systemu lecznictwa – biurokrację, niedofinansowanie, ciągłą i nierówną walkę z NFZ o kontrakty, często podpisywane wstecznie i być może zatrzymało w kraju przynajmniej część lekarzy. Wciąż nie jest rozwiązany problem wypisywania recept refundowanych, za każdy najmniejszy błąd lekarze są narażeni na restrykcje ze strony funduszu. Taka jest nasza codzienność. Młodzi lekarze w trakcie stażu bądź szkolenia specjalizacyjnego wszystko to dostrzegają i mają przedsmak tego, co ich czeka, kiedy przestaną być rezydentami i wejdą jako specjaliści do systemu. Za granicą zasady wynagradzania za pracę, dyżury są jasne i tych zasad się przestrzega. U nas w kraju decydenci wciąż szukają sposobów na uszczelnianie systemu, nie widząc, że trzeba dołożyć pieniędzy, a może ograniczyć koszty świadczeń gwarantowanych. ■

Odpowiedzialność cywilna a naruszenie praw pacjenta

Świadomość prawna pacjentów z roku na rok jest coraz wyższa. Pozwy składane przeciwko lekarzom dotyczą zarówno błędów medycznych, jak i skarg z tytułu naruszenia praw pacjenta. Te dwa obszary często są ze sobą ściśle związane i mogą stanowić podstawę do wyższych odszkodowań.

Pacjentka z przyczyn estetycznych podjęła leczenie protetyczne w jednym z gabinetów stomatologicznych ubezpieczonych w INTER w zakresie OC. Przedmiotem leczenia było zbudowanie mostów na obu szczękach oraz wyeliminowanie pojawiających się okresowo stanów zapalnych. W czasie zabiegu doszlifowywania zębów 46-36 uszkodzono ząb 37. W dokumentacji zapisano, że doszło do lekkiej skaryfikacji szkliwa oraz, iż odstąpiono od decyzji o wykrzestaniu zęba jako filaru mostu. Dokonano naprawy zęba 37, a także korekty związanej ze źle dobranym kolorem wypełnienia.

Podczas kolejnej wizyty most miał być zacementowany na stałe. Do zabiegu jednak nie doszło, gdyż placówka zażądała zapłaty za leczenie zęba 37. Pacjentka odmówiła, argumentując, że wyżej wymienione czynności zostały wykonane w ramach złożonej wcześniej reklamacji. Doszło do głośniejszej wymiany zdań pomiędzy kobietą, a pracownikami placówki.

Pacjentka złożyła pozew do sądu, domagając się zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, ból i cierpienie, dotychczas poniesione koszty oraz ryzyko konieczności dalszego leczenia. Pacjentka upatrywała błędów medycznych w niepotrzebnym zeszlifowaniu zęba 37 oraz odmowie zacementowania stałego mostu, które spowodowały wydłużenie leczenia i powstanie stanów zapalnych w obrębie nieprawidłowo zamocowanego mostu.

W trakcie procesu pacjentka stwierdziła, że personel medyczny publicznie oskarżył ją o nieuczciwość i niewywiązanie się z finansowych zobowiązań. Zarzucono jej również, że poprzez nieodpowiednią higienę jamy ustnej sama przyczyniła się do pogorszenia stanu swojego zdrowia.

ZDANIEM SĄDU

Kluczowe dla rozstrzygnięcia tej sprawy okazało się wskazanie, jako podstawy żądań, błędu terapeutycznego w leczeniu. Z tytułu zeszlifowania zęba

sąd przyznał powódce 5000 zł zadośćuczynienia. W uzasadnieniu wyroku sąd podkreślił, że okoliczności związane z domniemanym naruszeniem praw pacjentki pozostają nierozstrzygnięte, gdyż zgodnie z zasadą kontrydiktoryjności sąd nie może wychodzić poza treść i przedmiot pozwu. Powódka w trakcie postępowania sądowego formalnie nie rozszerzyła powództwa w tym zakresie.

UBEZPIECZENIE OD NARUSZENIA PRAW PACJENTA

Roszczenia wynikające z naruszenia praw pacjenta, co do zasady, nie są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem OC, o ile nie skutkują uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta.

W analizowanym wyroku o braku odpowiedzialności placówki medycznej z tytułu naruszenia praw pacjenta zadecydowały wyłącznie względy proceduralne. INTER pokryło szkodę w ramach podstawowego zakresu ubezpieczenia OC. Jednak, jak widać z uzasadnienia wyroku, powódka sygnalizowała, że doszło również do naruszenia praw pacjenta. Gdyby strona powodowa podjęła odpowiednie czynności procesowe i rozszerzyła powództwo, sąd rozpatrywałby roszczenia z tytułu naruszenia praw pacjenta. Ewentualne zasądzenie zadośćuczynienia z tego tytułu nie zostałoby pokryte z obowiązkowego ubezpieczenia OC. Jedynym zabezpieczeniem interesów lekarza lub placówki byłaby w takiej sytuacji Klauzula nr 9, rozszerzająca zakres ubezpieczenia dobrowolnego OC o roszczenia z tytułu naruszenia praw pacjenta, oferowana przez INTER.



Partner ubezpieczeniowy lekarzy
TU INTER Polska S.A.
TU INTER-ŻYCIE Polska S.A.
Al. Jerozolimskie 172
02-486 Warszawa
www.interpolska.pl

**KRONIKA
PRZYPADKÓW
MEDYCZNYCH**
– rubrykę
sponsoruje
Towarzystwo
Ubezpieczeń
INTER Polska S.A.

**Jacek
Bajak**

Dyrektor Biura
Odszkodowań,
TU INTER Polska S.A.



**Anna
Lella**

Prezydent elekt
Europejskiej
Regionalnej
Organizacji
Światowej
Federacji
Dentystycznej
(ERO-FDI)

Amalgamat stomatologiczny – co dalej?

Komisja Europejska w dniu 2 lutego br. ogłosiła projekt nowego aktu prawa unijnego (rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady), który ma określać warunki stosowania rtęci oraz produktów z jej dodatkiem. Oprócz takich produktów jak termometry, świetliki, czy procesory, jak wydobycie złota, projektowane rozporządzenie obejmować ma także warunki stosowania przez lekarzy dentystów amalgamatu stomatologicznego.

Projekt ten jest kontynuacją szeregu działań podejmowanych przez ostatnie lata w celu lepszej ochrony zdrowia ludzkiego i środowiska przed emisjami rtęci i ich związków do atmosfery, wody i gruntu. Z uwagi na to, że sprawa dotyczy tak istotnego w stomatologii materiału, kwestia ta była od wielu lat przedmiotem uwagi lekarzy dentystów, o czym informowaliśmy na posiedzeniach Komisji Stomatologicznej NRL czy na łamach „Gazety Lekarskiej”.

Omawiany projekt rozporządzenia ma na celu realizację w państwach UE postanowień międzynarodowej konwencji w sprawie rtęci, zwanej „Konwencją z Minamaty” – podpisanej zarówno przez państwa członkowskie UE, w tym Polskę, jak również samą UE.

Konwencja przewiduje stopniowe zmniejszanie stosowania amalgamatu dentystycznego poprzez podejmowanie określonych w niej działań – poszczególni sygnatariusze zobowiązują się podjąć co najmniej dwa ze wskazanych rodzajów działań, w zależności od uwarunkowań lokalnych.

Poprzez projekt rozporządzenia Komisja Europejska opowiada się za dwoma działaniami polegającymi na wprowadzeniu (od 2019 r.) obowiązku stosowania amalgamatu wyłącznie w formie kapsułkowanej oraz wyposażenia (wszystkich) gabinetów stomatologicznych w separatory amalgamatu. Tym samym, proponowane są te środki, których realizacja będzie wprost spoczywać na świadczeniodawcach, czyli na nas lekarzach. Komisja jednocześnie nie uznała za stosowne wybrać innych możliwych środków wskazanych w Konwencji, do których należą m.in.:

- krajowe działania profilaktyczne skutkujące zmniejszeniem potrzeby stosowania wypełnień;
- promowanie stosowania alternatywnych materiałów restoracyjnych;
- wspieranie systemów ubezpieczeniowych, w ramach których preferowane jest stosowanie materiałów alternatywnych.

Wydaje się, że w nadchodzącym czasie – na etapie prac legislacyjnych nad rozporządzeniem, w które zaangażowane będą rządy państw członkowskich, Parlament Europejski, a także tzw. strona społeczna – kluczowe będzie ustalenie, czy środki zmierzające do ograniczenia stosowania amalgamatu i związanych z tym emisji rtęci będą raczej środkami o charakterze prewencyjnym, prowadzącymi (co prawda w sposób długoterminowy) do ograniczania potrzeby stosowania wypełnień, czy też bardziej doraźnymi środkami dotyczącymi zasad stosowania amalgamatu, jak te, które proponuje Komisja. Również środowisko polskich lekarzy dentystów powinno się w tej sprawie wypowiadać.

Osobiście uważam, że każdy stomatolog w swojej codziennej pracy z pacjentem zajmuje się nie tylko stomatologią naprawczą, ale właśnie promocją zdrowia jamy ustnej i uświadamianiem o jej znaczeniu dla całego organizmu, i tego rodzaju działania, zmierzające do zapobiegania próchnicy, a co za tym idzie – minimalizacji działań odtwórczych, są z wielu względów najkorzystniejsze. ■



Przekaż 1%

Pomóż nam pomagać innym!

Fundacja Lekarze Lekarzom znajduje się w wykazie organizacji pożytku publicznego uprawnionych do otrzymania 1% podatku dochodowego od osób fizycznych za rok 2015.

Procedura przekazania 1% podatku jest wyjątkowo prosta, wystarczy że w składanym zeznaniu rocznym wskażemy organizację pożytku publicznego, którą chcemy wesprzeć. Należy tylko wpisać w konkretnej rubryce numer KRS oraz kwotę, jaką przekazujemy Fundacji.



FOTO: Marta Jakubiak

Lepiej płacić, zwiększyć limity

Z prof. dr. hab. n. med. **Markiem Kulusem**, prorektorem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego do spraw dydaktyczno-wychowawczych, rozmawia **Mariusz Tomczak**.

Panie rektorze, co zrobić, aby powstrzymać emigrację młodych lekarzy?

Gdyby to było takie proste, odpowiedź byłaby znana od dawna (*śmiech*). Mówiąc poważnie, moim zdaniem nadal są to uwarunkowania ekonomiczne i młodym lekarzom należy lepiej płacić. Godziwe wynagradzanie to podstawowy czynnik, który zatrzyma ich w kraju. Zresztą można to odnieść do wszystkich osób osiągających wysokie kwalifikacje, a nie tylko do lekarzy. Oczywiście pieniądze to nie wszystko – oprócz dobrego wynagrodzenia ważna jest satysfakcja z pracy oraz samorealizacja, czyli spełnianie swoich zawodowych marzeń, bo młodzi ludzie często przychodzą na studia pełni optymizmu i wiary, że mogą przenosić góry. Istotna jest zatem możliwość wyznaczenia indywidualnej ścieżki kariery zawodowej i to, by móc ją potem precyzyjnie realizować. Z jednej strony trudno zaakceptować, że wszyscy chcieliby zostać okulistami, a teoretycznie taka sytuacja byłaby możliwa, a z drugiej – ważne jest to, żeby osoby najambitniejsze i najlepiej realizu-

jące się w czasie studiów miały możliwość wyboru m.in. wymarzonej specjalizacji.

Osoby najbardziej ambitne, czyli jakie?

Wbrew pozorom nie tylko te z najlepszymi wynikami LEK-u. Jako kierownik kliniki współuczestniczę w przeglądzie kandydatów do zatrudnienia i wiem, że jednorazowy wynik, np. na Lekarskim Egzaminie Końcowym, nie zawsze powinien być najważniejszym kryterium oceny danej osoby. Trzeba wziąć pod uwagę wyniki osiągane w toku całych studiów, zainteresowania badawcze, udział w pracach koła naukowego czy publikacje naukowe. Oprócz wskaźników obiektywnych, trzeba spoglądać na wskaźniki miękkie i też je punktować.

Najważniejsza przyczyna braku lekarzy w Polsce to...

Gdybym miał wymienić tylko jedną przyczynę, to uważam, że sytuacja wyglądałaby inaczej, jeśli przez lata prowadzono by jednolitą politykę zatrudniania ►

w ochronie zdrowia. Potrzebna jest konsekwencja w stwarzaniu dobrych perspektyw dla absolwentów.

Nie pomoże zwiększenie limitu przyjęć na studia?

Jestem za zwiększeniem limitów. Nie powinniśmy reglamentować liczby przyjmowanych studentów aż tak mocno, jak obecnie, i nie tylko dlatego, że wszelkie rozdzielnictwo źle się kojarzy. Skoro w Polsce brakuje lekarzy, to nie ma lepszego pomysłu na szybką zmianę tego stanu od zwiększenia tego limitu. Przez ostatnie lata jako uczelnia spotykaliśmy się ze zrozumieniem Ministerstwa Zdrowia, kiedy podejmowaliśmy działania nakierowane na zwiększenie limitu studentów, nigdy nie spotykając się z negatywną oceną naszych wniosków. Również w tym roku jesteśmy gotowi na znaczące zwiększenie liczby studentów. Przypomnę, że obecnie limity na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym ogłasza resort zdrowia, natomiast w przypadku kierunków takich jak pielęgniarstwo czy położnictwo, senat uczelni samodzielnie ustala taką liczbę kandydatów, jaką chce przyjąć.

Jak wygląda sytuacja w innych krajach?

We Francji, po spełnieniu kryteriów wstępnych, przyjmuje się wszystkich chętnych do bycia przyszłym lekarzem, co powoduje konieczność drastycznego odsiewu już na I roku. Nie zawsze jest to racjonalne, a młodzi ludzie nie czują się wtedy komfortowo. Gdybyśmy podobny model chcieli wprowadzić w Polsce, wymagałoby to totalnej zmiany organizacji nauczania w czasie I roku, bo w naszych programach nauczania już wtedy ujęte są treści programowe przydatne w późniejszych latach studiów, czyli innymi słowy – poważnie inwestujemy w przyszłych absolwentów już od samego początku ich edukacji. Zresztą warunki studiowania na I roku musiałyby być inne. Chcąc zachować jakość nauczania, do tych samych sal, którymi dysponuje nasza uczelnia, nie wtłoczylibyśmy przecież cztero- czy pięciokrotnie większej liczby studentów. W różnych krajach, a czasami nawet w obrębie jednego kraju, istnieją różne rozwiązania. Z tego wynika, że system nigdy nie będzie idealny, a skoro na świecie nie ma jednego rozwiązania, zapewne w dalszym ciągu będziemy skazani na pewne regulowanie tej materii.

Jaki procent studentów zdobywa dyplom?

W WUM przyjmujemy na studia jedną osobę spośród pięciu kandydatów, ale też mamy do czynienia z odsiewem, choć dyplom lekarza lub lekarza dentysty otrzymuje dziewięćdziesiąt kilka procent studentów I roku. To znakomita młodzież, popatrzmy tylko na progi, jakie muszą osiągnąć kandydaci, aby dostać się na studia medyczne. To śmietanka szkół średnich, nie mamy powodu, aby narzekać na nasze młodsze koleżanki i kolegów.

W którą stronę powinniśmy pójść: wzmacniać istniejące uniwersytety czy tworzyć nowe wydziały i uczelnie medyczne?

Tworzenie nowych wydziałów i uczelni medycznych nie jest takie proste i nie powinno odbywać się z dnia na dzień. Przygotowanie dokumentów do uruchomienia kierunku lekarskiego czy lekarsko-dentystycznego nie jest trudne. Istnieją gotowe wzorce, one nie są tajne, także w przypadku naszej uczelni. Jednak nie można kształcić na kierunkach tak czułych społecznie w uczelni nieposiadającej doświadczenia, bazy klinicznej i przygotowanych nauczycieli akademickich. Oczekiwanie w stosunku do naszych absolwentów są przecież wyjątkowo wysokie. Patrząc na uczelnie, które chciałyby kształcić lekarzy i lekarzy dentystów, w tej chwili nie jestem w stanie pozytywnie docenić ich wysiłków.

Czy studia medyczne kosztują 500 tys. zł, tak jak niedawno powiedział minister Jarosław Gowin w jednym z wywiadów?

W różnych uczelniach różnie z tym bywa ze względu na wiele uwarunkowań. Zależy to m.in. od kadry, jaką dysponuje dany uniwersytet. Jeśli duża liczba profesorów bezpośrednio angażuje się w kształcenie, co przecież dla młodych ludzi stanowi wielką korzyść, koszt kształcenia będzie wyższy niż w sytuacji, gdy studentów miałby uczyć lekarz bez specjalizacji, który co dopiero zaczął swoją karierę zawodową. W WUM, zgodnie z rozporządzeniem rektora, czesne przez cały okres studiów wynosi ponad 250 tys. zł. Trudno mi powiedzieć, jaką metodologią kierował się minister Gowin, ale jeśli policzy się wikt i opierunek, tj. utrzymanie w czasie kilku lat studiów, zakup pomocy naukowych czy otrzymywane stypendia, to pewnie ta ćwierćmilionowa kwota uległaby podwojeniu. Studia dla cudzoziemców są droższe niż w przypadku studiów niestacjonarnych i zgodnie z rozporządzeniem rektora opłaty wynoszą 66,6 tys. euro za cały tok studiów.

W WUM na niemal 9 tys. studentów prawie 600 to obcokrajowcy, czyli na 15 Polaków przypada jeden student z zagranicy. To dość dużo...

Ten stosunkowo wysoki odsetek jest korzystny dla przyszłych polskich lekarzy, bo Polacy też wyjeżdżają na wymiany, porównując warunki studiowania w kraju i za granicą. Takie przyjaźnie i znajomości często owocują wymianą naukową, a studenci podwyższają swoje kompetencje językowe. Dzięki temu łatwiej sięgają do literatury międzynarodowej, przez co wiedza, która do nas dociera, jest bardziej współczesna. Studenci sami organizują wymiany w ramach takich organizacji jak Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny (IFMSA) i Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny (EMSA), a poza tym na wykłady poza granice kraju wysyłamy również naszych nauczycieli akademickich.

Co skarżący się na kolejki pacjent ma z tego, że aż tylu cudzoziemców studiuje po angielsku i wraca do swoich krajów?

To niemierzalna wartość, ale ze względów, o których mówiłem przed chwilą, umiędzynarodowienie podnosi

jakość kształcenia. Zresztą z jego jakością, ale także z poziomem naszej opieki i leczenia nie jest źle – znam wielu pacjentów, którzy podczas swojego urlopu przyjeżdżają do Polski, aby podreperować zdrowie, bo za granicą leczą ich gorzej. Powinniśmy być otwarci, ale czasami zbyt łatwo mówimy, że to, co zagraniczne, jest lepsze od naszego.

Czy studia medyczne powinny być odpłatne i odrabianywane?

Przecież one są płatne. Płacimy za nie albo z podatków jako obywatele, albo z własnej kieszeni w przypadku opłaty za czesne. Państwo zapłaciło za kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów tak samo jak za matematyków, fizyków czy lingwistów, a nikt nie mówi o przymusie pracy dotyczącym tych grup zawodowych. Wprawdzie jestem zwolennikiem czytelności w zakresie odpłatności zarówno za leczenie, jak i kształcenie, jednak obawiam się, że w dyskusji o odpłatności za studia wpadamy w pewną pułapkę. Otóż w zawodach, w których dajemy pewne gwarancje zatrudnienia, chcemy absolwentów zostawić w kraju dla dobra naszej gospodarki, a tam, gdzie tej gwarancji nie ma, np. na kierunkach humanistycznych, absolwent – zaznaczam, że nie chciałbym nikogo urazić – może pracować po studiach na poczcie. Lekarze i stomatolodzy nie są grupą wyjętą spod prawa, wszystkich absolwentów uczelni wyższych powinno się traktować tak samo. Przez ponad rok pracowałem za granicą i wróciłem do kraju, mimo że było to w czasach bardziej szarych niż wielu młodych ludzi może sobie to teraz wyobrazić. Nie musiałem podpisywać żadnej „lojalki”. Dzięki zdobytemu doświadczeniu staram się coś tworzyć tutaj, w Polsce. Tak jak mówiłem wcześniej, widząc, że jesteśmy w stanie proponować dobre warunki pracy i perspektywy młodym lekarzom, część tych, którzy wyjechali za granicę, z pewnością powróci.

Czy likwidacja stażu podyplomowego była zasadna?

Zawsze byłem przeciwnikiem jego likwidacji. Jako uczelnia podjęliśmy wszelkie działania, aby naszych absolwentów przygotować do nowych realiów, m.in. formułując i kierując postulaty w ich interesie do Ministerstwa Zdrowia. Przede wszystkim zmieniliśmy wszystkie programy nauczania, przygotowując się na nadejście „nowego” VI roku, który – jako praktycznie pozbawiony zajęć teoretycznych – miał polegać na kontakcie z chorym przy jego łóżku. To wymagałoby zmniejszenia liczby studentów w grupach studenckich, co bardzo poważnie zwiększa koszty kształcenia, ale również zmiany regulacji, w których student mógłby wykonywać procedury medyczne u pacjentów. To „przestrojenie” wyszło jednak z korzyścią dla programu studiów w stronę bardziej praktycznego ich zorientowania. Przykładem może być sieć centrów symulacji medycznych będąca w całym kraju w początkowej fazie rozruchu. Skoro pojawiły się zupełnie nowe, pozytywne rzeczy, nie należy wszystkiego potępiać w czambuł. Teraz po prostu trzeba skupić się

na tym, żeby VI rok nie był czasem zmarnowanym. Wielu studentów z zagranicy, z Niemiec czy Hiszpanii, bardzo pozytywnie ocenia możliwość kształcenia praktycznego w naszym kraju. Na zajęciach klinicznych już od samego początku kształcimy przyszłych lekarzy w bezpośrednim kontakcie z pacjentami. W niektórych krajach tego po prostu nie ma. Nasi absolwenci posiadają umiejętności praktyczne, choć zaraz po skończeniu studiów czują się niepewnie. Może i czasami nie wszystko potrafią jeszcze dobrze zrobić, ale są przygotowani, by w przyszłości samodzielnie się kształcić w zakresie opieki nad pacjentami.

Resort zdrowia zapowiada dużą reformę systemu specjalizacji, który powinien być bardziej przyjazny dla młodych lekarzy. Co należałoby zrobić?

Mamy Centrum Kształcenia Podyplomowego, dostajemy się do nowego systemu. Na pewno nie należy likwidować „szkoleń na odległość”, bo są przydatne i wspomagają kształcenie, o ile opierają się na właściwych założeniach. Marzę, byśmy taką formę edukacji „na odległość” mogli serwować naszym studentom w odpowiednim wymiarze w charakterze przygotowania do zajęć praktycznych. Nowe pokolenie ma inną percepcję niż ci, którzy studiowali 50 lat temu, dlatego metody kształcenia powinny ulegać zmianie. Dawne sposoby nie zawsze sprawdzają się w dzisiejszych czasach.

W czasie jakich zajęć przyszli lekarze uczą się empatii i rozmowy z pacjentem?

Wszystkie zajęcia kliniczne nacechowane są empatią, a przynajmniej mam taką nadzieję. Od przyszłego roku chcielibyśmy wprowadzić zajęcia z komunikacji w medycynie, które od prawie 10 lat prowadzimy w formie fakultetu na różnych kierunkach. Oczywiście na III i IV roku mamy propedeutykę pediatrii, chirurgii czy interny, gdzie istnieją elementy wprowadzenia w arkana zawodu, o które pan pyta. Są również zajęcia z psychologii medycznej czy socjologii, ale warto, aby taki przedmiot był zakotwiczony na stałe w programie nauczania, bo we współczesnym świecie komunikacja jest niezwykle istotna w każdej dziedzinie naszego życia.

Od 1 stycznia pielęgniarki mogą wypisywać recepty. Może to dobre rozwiązanie, skoro mamy deficyt lekarzy?

To decyzja wymagająca więcej przemyślenia. W tej chwili system nie jest przygotowany do wydawania przez pielęgniarki nowych zleceń, a one nie są do tego należycie przygotowane. Nie da się zmienić tej sytuacji za pomocą szybkich kursów, a zresztą same pielęgniarki niespecjalnie są zainteresowane wypisywaniem recept. Z drugiej strony wielokrotnie spotykam bardzo doświadczonych pielęgniarek, które poradziłyby sobie w wielu takich sytuacjach. Tutaj nic nie jest albo czarne albo białe. Pewne jest za to co innego – zdrowie jest zbyt cenne, by podejmować pochopne decyzje w zakresie ordynacji leków. ■

Egzamin z języka polskiego trzeba zdać

Lucyna
Krysiak

Wszyscy lekarze, którzy ukończyli studia medyczne w języku innym niż polski, aby otrzymać polskie prawo wykonywania zawodu, muszą zdać egzamin z języka polskiego organizowany i przeprowadzany przez Naczelną Izbę Lekarską.



FOTO: Adobe Stock

Zmiany te są następstwem wejścia w życie ustawy o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej, która obowiązuje od 18 stycznia 2016 r. Wprowadza ona konieczność zaliczenia egzaminu z języka polskiego dla wszystkich, którzy ukończyli studia medyczne na wydziałach lekarskich lub lekarsko-dentystycznych w języku innym niż polski. Zdany egzamin jest dla nich warunkiem uzyskania polskiego prawa wykonywania zawodu także w zakresie ograniczonym. Nowe przepisy wywołały spore zamieszanie, ponieważ dotychczas lekarze i lekarze dentyści z krajów Unii Europejskiej pragnący podjąć pracę w Polsce, zgodnie z przepisami unijnymi, nie musieli zdawać egzaminów z języka polskiego. Wystarczyło złożone w izbie oświadczenie, że znają ten język. Obowiązek zdawania egzaminu z języka polskiego dotyczył wyłącznie obcokrajowców spoza krajów UE chętnych do podjęcia pracy w Polsce. Wśród zdających dominowali cudzoziemcy z krajów afrykańskich, azjatyckich oraz

lekarze zza wschodniej granicy: z Ukrainy, Litwy, Białorusi. Dla lekarzy z UE ubiegających się o prawo wykonywania zawodu w Polsce nowe uregulowania są zaskoczeniem. Największym jednak dla Polaków, którzy kończyli studia medyczne za granicą, ale wychowali się w Polsce, w swoim rodzinnym kraju zdawali maturę, jednym słowem czują się Polakami i mówią biegle po polsku. Przez cały czas dzwonią do NIL telefony w tej sprawie. Także Komisja ds. Egzaminów z Języka Polskiego NRL jest zasypywana pytaniami. Sprawa egzaminów z języka polskiego dla lekarzy z zagranicy ubiegających się o prawo wykonywania zawodu w Polsce również w ograniczonym zakresie, stała się więc przedmiotem burzliwej dyskusji członków Prezydium NRL, które odbyło się 29 stycznia tego roku.

Nie ma wyjątków

Swego czasu NRL zabiegała o to, aby lekarze, którzy złożyli oświadczenia, że znają język polski, w jakiś sposób to udowodnili. Praktyka pokazała bowiem, że to, co napisane

w oświadczeniu, najczęściej nie pokrywa się z rzeczywistością. Pochodzący z Francji, Belgii czy Holandii lekarze, wprawdzie legitymowali się wysokimi kwalifikacjami zawodowymi, jednak języka polskiego nie znali lub znali słabo. Nie było jednak możliwości, jeśli chodzi o wykładnię prawną, aby zweryfikować składane przez nich oświadczenia. Dostrzegając problem, 13 marca 2015 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło więc uchwałę w sprawie przyjęcia projektu zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawie o izbach lekarskich w punktach związanych z wdrożeniem dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. Uchwała ta zawierała propozycję wprowadzenia wymogu egzaminu z języka polskiego dla lekarza obcokrajowca również pochodzącego z kraju Unii Europejskiej. No i tak się stało. Jednak to, co było dobrą intencją samorządu lekarskiego, co miało uregulować sprawy związane z weryfikacją znajomości języka polskiego przez obcokrajowców z krajów UE starających się o prawo wykonywania zawodu w Polsce, stało się bronią obosieczną wymierzoną w Polaków, którzy kończyli studia medyczne za granicą, a więc w obcym języku, a teraz chcą wrócić do kraju i tu żyć i pracować. Zgodnie z nowelizacją przepisów ustawy o uznawaniu kwalifikacji zawodowych wszyscy, bez wyjątku, muszą przystąpić do egzaminu z języka polskiego i go zdać. Można więc powiedzieć, że nie ma o co kruszyć kopii, przecież dla nich to formalność, jednak egzamin jest odpłatny. Za każde zaświadczenie związane z procedurą uznawania kwalifikacji (tzw. zaświadczenia unijne) wydawane na wniosek lekarza lub lekarza dentystry przez Okręgową Radę Lekarską albo Naczelną Radę Lekarską pobiera się opłatę w wysokości 3 proc. minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w roku wydania zaświadczenia. W 2016 r. minimalne wynagrodzenie za pracę wynosi 1 850 zł – opłata za zaświadczenie wynosi więc obecnie 55,50 zł. Wysokość opłaty za egzamin

jest także narzucona przez rozporządzenie do ustawy i wynosi 400 zł. Chodzi więc nie tylko o czas, ale i pieniądze.

Czas nie poczeka

Pojawiły się także inne problemy, które zaniepokoiły członków Prezydium NRL. Nowe przepisy o uznawaniu kwalifikacji zawodowych obowiązują od 18 stycznia tego roku, a termin rozpoczęcia staży podyplomowych to data 1 marca. Lekarze i lekarze dentyści, którzy chcą odbyć ten staż, muszą legitymować się ograniczonym prawem wykonywania zawodu, a takiego nie mogą otrzymać, dopóki nie zaliczą pozytywnie egzaminu z języka polskiego. Także specjalizacje rozpoczynają się wiosną i by do nich przystąpić, trzeba mieć prawo wykonywania zawodu, a oświadczenia, które wcześniej lekarze złożyli, że znają język polski, teraz już są nieważne. Aby więc rozpocząć staż specjalizacyjny, trzeba najpierw zdać egzamin z języka polskiego. Egzamin dla cudzoziemców, lekarzy z państw spoza Unii Europejskiej, Naczelna Izba Lekarska przeprowadza w lutym, jak zatem lekarze przystępujący do egzaminu mają się zmieścić w terminach, jak mają znaleźć czas, by się do niego przygotować? – O tym, że ustawa zmieniająca zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawodu wejdzie w życie w styczniu tego roku, sygnalizowaliśmy dużo wcześniej. Obowiązek przystąpienia do egzaminu z języka polskiego nie powinien być dla nikogo zaskoczeniem, były obwieszczenia w dzienniku ustaw, w mensie. Ustawa jest ustawą i musimy się do niej stosować, możemy jedynie dyskutować o kształcie egzaminu z języka polskiego, a także o tym, jak samorząd lekarski może ten egzamin zorganizować, aby był jak najmniej obciążający dla zdających – zastrzegł Maciej Hamankiewicz, prezes NRL.

Mariusz Janikowski, przewodniczący Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego NRL, powiedział, że czuje się rozczarowany zapisami w znolizowanej ustawie o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych, ponieważ ▶

Panu Doktorowi,
Skarbnikowi Naczelnej Rady Lekarskiej,
Naszemu Koledze

Wojciechowi Marquardtowi

składamy wyrazy głębokiego współczucia z powodu

śmierci Ojca

Wojtku, jesteśmy z Tobą w tych trudnych chwilach

Maciej Hamankiewicz
wraz z Naczelną Radą Lekarską

Panu Doktorowi,
Członkowi Naczelnej Rady Lekarskiej,
Naszemu Koledze

Pawłowi Susłowskiemu

składamy wyrazy głębokiego współczucia
z powodu

śmierci Mamy

Maciej Hamankiewicz
wraz z Naczelną Radą Lekarską

liczył, że uregulują one sprawy znajomości języka polskiego przez cudzoziemców z krajów UE, którzy chcą pracować w Polsce, a nie obejmą Polaków kończących uczelnie medyczne w obcych językach. – To jest rykoszet, który uderzył w naszych obywateli studiujących np. we Lwowie, w Koszycach, w Bratysławie, krótko mówiąc, po sąsiedzku – tłumaczy Mariusz Janikowski i dodaje, że dotyczy to także lekarzy kończących uczelnie medyczne w Polsce, ale studiujących w języku angielskim. Uważa, że egzamin jest na tyle prosty, że nie ma powodów do obaw i by cokolwiek zmieniać w jego organizacji i treści. Sugeruje, by potraktować go jako czystą formalność. Komisja rozesłała wici do poszczególnych izb okręgowych, aby zorientować się, ile osób przystąpi do tego egzaminu. Jej przewodniczący zapewnia, że w związku ze znacznym wzrostem liczby osób, które obejmie wymóg zdawania oraz z zapytaniem o płynny przebieg pracy zawodowej, komisja jest przygotowana do przeprowadzenia większej niż dotychczas liczby egzaminów w 2016 r. Najbliższe odbędą się 18 oraz 25 lutego tego roku. Lekarze, których dotyczy wymóg zdawania egzaminu z języka polskiego, na różne sposoby próbują go obejść, pytając, czy zaświadczenie o dysgrafii i dysleksji zwal-

nia z jego zdawania, a także czy rozpoczęta przed wejściem w życie nowego prawa procedura starania się o prawo wykonywania zawodu może z niego zwalniać.

Złagodzić przepisy

Otóż nie. Członkowie Prezydium NRL byli zgodni, że przepisy ustawy bezwzględnie należy respektować i nie ma możliwości, aby były wyjątki od tej reguły, jednak szeroko dyskutowali i rozważali zasadność i celowość zdawania egzaminu z języka polskiego przez Polaków, dla których język polski jest językiem ojczystym i którzy kształcili się w tym języku przed rozpoczęciem studiów, zdawali egzamin maturalny w języku polskim. Część osób, o których mowa, złożyła także w języku polskim Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy albo egzamin nostryfikacyjny. Prezydium NRL postulowało zatem, aby wykreślić z przepisów obowiązek zdawania egzaminu z języka polskiego przez obywateli Polski. Na tej podstawie Maciej Hamaniewicz, prezes NRL, wystosował pismo do Ministra Zdrowia o wzięcie pod uwagę ewentualnych zmian legislacyjnych z zapewnieniem, że Naczelna Izba Lekarska deklaruje gotowość współpracy w tym zakresie. ■

Przyszłość czasu na odbudowę zaufania

Łatwiej odbudować zburzone miasto niż zburzone zaufanie.

Karol Bunsch

Zycie jest nieprzewidywalne, chociaż bardzo się staramy, aby tak nie było. Chcemy poznać prawdę za wszelką cenę, jednak nie zawsze jej poznanie skutkuje akceptacją i naszą zgodą na przyjęcie prawdy, która jest inna od naszych oczekiwań.

W świecie, w którym mamy tak wiele obaw, nie potrafimy uwierzyć nikomu, a przede wszystkim nie umiemy uwierzyć samym sobie i stajemy się niewolnikami własnych obaw, zarówno w życiu osobistym, jak i zawodowym. Dlaczego tak się dzieje? Moim zdaniem, przed podejmowaniem trudnych decyzji, popartych niejednokrotnie wiedzą i doświadczeniem, paraliżuje nas strach w obawie przed ośmieszeniem.

Nie potrafimy uwierzyć i zaufać sobie, stąd też wynika niemożność zaufania innym ludziom. Zbyt wiele razy, pomimo wiary w składane obietnice, stajemy przed faktem nie tylko braku ich realizacji, a wręcz całkowitej zmiany wcześniej poczynionych uzgodnień. Takie zachowania wywołują nieufność i podejrzliwość. Niszczą przekonania o możliwościach i potrzebach jakiegokolwiek działania. To nie tylko brak dobrej komunikacji pomiędzy stronami, ale też stwarzanie niepewnych sytuacji ograniczających naszą zdolność do konstruktywnej pracy. Nie dziwi mnie fakt, że zawiedzeni lekarze, których z upływem czasu zaczyna być coraz więcej, chcą opuścić nasz kraj i wyjechać do pracy tam, gdzie będą mogli wykorzystać zdobytą wiedzę i realizować marzenia bez obawy przed ciągłymi zmianami i niepewnością jutra.

Decydują się na to ci odważni, którzy wbrew wszystkiemu uwierzyli w siebie, własną wiedzę i doświadczenie. Taką drogę rozwoju i pracy wybierają też młodzi, którzy chcą się kształcić i podnosić swoje kwalifikacje bez długiego oczekiwania na miejsce szkoleniowe. Byli pełni wiary i planów na przyszłość, jednak rzeczywistość okazała się całkiem inna od tej, o jakiej byli zapewniani. Tak po prostu zawiedli się i przestali wierzyć. Czy powrócą do kraju i kiedy, to wielka niewidoma, gdyż stracone zaufanie trudno jest odbudować.

W obecnej rzeczywistości ludzie po prostu przestali sobie ufać nie tylko w pracy, ale i w ży-

ciu. Nie wierzymy znajomym, kolegom, a nawet i członkom rodziny, a przejawy życzliwości odbieramy jako chęć kontrolowania i dominowania drugiej osoby nad naszymi poczynaniami, stąd podejrzliwość i nieufność. Po prostu nikt nikomu nie wierzy. Przykładem są relacje lekarz-pacjent. Pacjenci, a jest takich coraz więcej, po długich oczekiwaniach na wizytę, wyszkoleni przez doktora Google, przychodzą z gotowymi rozpoznaniem chorób i metod leczenia, żądając jedynie recepty. W sytuacji poczekalni pełnej ludzi i ograniczonym numerkami czasie na przyjęcie jednego chorego, nie ma możliwości na rozmowę i wyjaśnienia. Niewielu też chorych chce wysłuchać naszych rad, a w przypadku niespełnienia ich żądań stają się niegrzeczni i agresywni. Piszemy receptę, lecz im jest dłuższa, tym budzi mniejsze zaufanie i pacjent za chwilę zgłosi się do innego lekarza w celu tzw. konsultacji. A szanowny kolega po fachu, bez próby wyjaśnienia i zapytania, jak wyglądała poprzednia wizyta, zapominając o etyce, zapyta tylko, kto panu to przepisał? No i po zaufaniu.

Ale co tam. Zbliża się wiosna, a z nią wraca nowa energia, słońce i wiara w lepszą przyszłość. Słońce ogrzeje i rozjaśni mroki długich nocy i krótkich dni, doda nam też sił i pobudzi do konstruktywnego działania. Było magiczne hamowanie i zapominane słowa, przyszedł czas na odbudowę zaufania. Ptaki już śpiewają, drzewa i krzewy zaczynają się zielenić, a przecież zieleń to kolor nadziei. Nie możemy tłumić własnych pragnień, bo one dają życiową energię. Zaufajmy sobie, wówczas łatwiej przyjdzie otworzyć się na innych i uwierzyć im bez lęku i podejrzliwości. Tak niewiele przecież potrzeba, abyśmy spróbowali uwierzyć w uczciwość i dobre intencje drugiej strony, ale i my sami musimy ponosić odpowiedzialność za czyny i wypowiedane słowa. Zaufanie to wiara w działanie zgodne z naszą nadzieją na lepszą wizję świata. Zbliżają się Święta Wielkanocne – to święta radości. Po wielu dniach postu i pokuty symbolizują żywiołowość życia, mówią o odrodzeniu i wybaczeniu. Spójrzmy wiosennie i z nadzieją na otaczający świat i spróbujmy jeszcze raz zaufać sobie i innym. ■



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

20 marca Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej

**Anna
Lella**

Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej FDI (World Oral Health Day – WOHD), poprzez regularne podkreślanie związków zdrowia jamy ustnej ze zdrowiem ogólnym, ma przede wszystkim na celu promocję zdrowia jamy ustnej i zwiększanie świadomości społecznej w tym zakresie.

Swiatowa Federacja Stomatologiczna FDI zapewnia, że dzięki wysiłkom podjętym na całym świecie przez zrzeszone w FDI krajowe organizacje dentystyczne, indywidualnych lekarzy dentystów, studentów i obywateli, którzy zaangażowali się w te działania, ubiegłoroczny WOHD był ogromnym sukcesem, co obrazują następujące dane:

- kampania dotarła do ponad 27 mln ludzi na świecie;
 - potwierdzono uczestnictwo w kampanii w 112 krajach;
 - 82 organizacje stomatologiczne i 39 stowarzyszeń studentów dentystycznych uczestniczyło w wydarzeniach związanych z WOHD 2015;
 - 26 000 użytkowników skorzystało z aplikacji plakatu WOHD FDI namawia –zróbmy 2016 jeszcze lepiej.
- Zgodnie z hasłem promowanym przez FDI: „Wszystko zaczyna się tu” [tj. w jamie ustnej] zdrowie naszych pacjentów zależy od nas.

Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej to nie okazja do świętowania ani też lamentowania i podkreślania różnorodnych problemów – choć niewątpliwie jest to także uwzględniane w ramach podejmowanych działań – głównym celem tego przedsięwzięcia jest umieszczenie zagadnień związanych z opieką stomatologiczną na właściwym poziomie zainteresowania społecznego, a także wśród decydentów różnego szczebla. Z tego względu różnego rodzaju inicjatywy podejmowane przy tej okazji – zarówno na poziomie krajowym, jak i światowym – kierowane

są za pośrednictwem mediów przede wszystkim do pacjentów, a nie do samych lekarzy dentystów.

WOHD w mediach i nie tylko

„Gazeta Lekarska” towarzyszy tej inicjatywnie od pierwszego roku ustanowienia WOHD. Od samego początku polscy stomatolodzy, szczególnie poprzez samorząd lekarski, a potem również Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, propagują przesłania Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej i kolejne organizacje podejmują działania związane z WOHD zarówno o charakterze lokalnym czy indywidualnym, jak i ogólnokrajowym, m.in. debaty stomatologiczne w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej podejmujące problemy epidemiologii i opieki stomatologicznej. Odbywały się one z udziałem nie tylko znamienitych prelegentów, ale i mediów, co skutkowało, że były potem relacjonowane na łamach prasy i w telewizji.

W ubiegłym roku z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej oraz Polskiego Czerwonego Krzyża obchodzono „Dni profilaktyki i edukacji w Sejmie z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej”. Debata ta była jednym z cykli spotkań, których celem jest stałe promowanie profilaktyki zdrowia jamy ustnej. Jak wskazywali posłowie, w tym gospodarz spotkania poseł Lidia Gądek, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. POZ i Profilaktyki, celem tej akcji było pokazanie sytuacji



dotyczącej zdrowia jamy ustnej. Podczas konferencji prasowej podkreślano, że nie jest dobrze i dużo pracy przed nami, przede wszystkim informacyjno-profilaktycznej.

Dane epidemiologiczne są dostępne, a stan uzębienia Polaków jest znany, ponieważ od 1999 r. Ministerstwo Zdrowia regularnie monitoruje stan zdrowia jamy ustnej zarówno dzieci, jak i dorosłych. Nie mamy się niestety czym chwalić, a jednocześnie nie ma odpowiedzialnych za istniejącą sytuację. Tradycyjnie stomatologia jest spychana na margines zainteresowania publicznej opieki medycznej. Najwyższy czas na podejmowanie działań, temu właśnie służy WOHD.

Z tego względu posłowie podczas przytoczonej debaty wnioskowali, że w sytuacji, gdy brakuje pieniędzy, aby właściwie leczyć wszystkich, szczególnie ważne jest, aby dostępne środki finansowe wydawać mądrze na profilaktykę i nie dopuścić do rozwoju choroby. Pożytek z tego będzie znacznie większy, bo mniej osób zachoruje. Trzeba zadbać o to, aby problem choroby próchnicy, który jest przyczyną wielu innych chorób ogólnych, został dostrzeżony, a zasadniczy nurt działań powinien iść w kierunku zapobiegania.

FDI podkreśla: Nigdy nie jest ani za wcześnie, ani za późno, aby zacząć dbać o zdrowie jamy ustnej.

Przed wszystkim prewencja

Przez wiele lat stomatologia wypracowała skuteczną metodę walki z próchnicą. Wystarczy dwa razy dziennie (po śniadaniu i po kolacji) starannie wyczyścić zęby (szczotkować co najmniej 3 min), stosując pastę z zawartością fluoru, by skutecznie zapobiegać próchnicy. Nie można zapominać też o czyszczeniu przestrzeni międzyczębowych i regularnych wizytach u stomatologa. Badania kontrolne

co pół roku dają szansę ukierunkowanych porad dla indywidualnego pacjenta. Mamy nowe, aktualne wytyczne dotyczące profilaktyki fluorkowej, zalecenia przygotowane przez zespół ekspertów pod przewodnictwem prof. dr hab. Doroty Olczak-Kowalczyk i prof. dr hab. Urszuli Kaczmarek, a udostępniony przez polski Oddział ACFF (Alliance for a Cavity-Free Future) i Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej. Opracowano zalecenia dietetyczne dotyczące głównie redukcji cukru, zgodnie ze wspólnymi zaleceniami WHO i FDI, ale na rezultaty trzeba będzie jeszcze poczekać.

Ministerstwo Zdrowia podczas debaty sejmowej podkreślało, że wydało rozporządzenie w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Znalazły się w nim zalecenia dotyczące opieki stomatologicznej kobiet w ciąży oraz opieki nad dzieckiem po porodzie. Ministerstwo współfinansuje też program „Dzieciństwo bez próchnicy” dla dzieci w wieku żłobkowym, przedszkolnym i wczesnych lat szkolnych. Niestety, korzysta z nich zbyt mała liczba dzieci i zbyt niska jest świadomość rodziców w związku z ich odpowiedzialnością w tym zakresie – podkreślił ówczesny wiceminister zdrowia, Cezary Cieślukowski. Około 60 proc. dzieci w wieku do lat trzech w ogóle nie korzystała z opieki stomatologicznej, podczas gdy już w tak młodym wieku pojawiają się pierwsze ogniska zapalne. Niektóre dzieci dopiero w szkole podczas fluoryzacji po raz pierwszy w życiu używają szczoteczki do zębów. Od niedawna resort zdrowia we współpracy z uniwersytetami medycznymi realizuje program współfinansowany ze środków budżetu polsko-szwajcarskiego, który ukierunkowany jest na profilaktykę, promocję i edukację wzorców związanych z prawidłowym utrzymaniem higieny jamy ustnej.

– Problemem są ludzie ubodzy. Trzeba zastano- ➤

wić się, jak zaopatrzyć ich w zestawy do higieny jamy ustnej. To problem trudny, wstydlivy, ale konieczny do rozwiązania – zgłaszała prof. Honorata Shaw podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Profilaktyki i POZ.

Dorośli też ważni

Większość debat dotyczących opieki stomatologicznej zwykle koncentruje się wokół dzieci. Nie neguję, że istnieje potrzeba mówienia o profilaktyce choroby próchnicowej wśród najmłodszych, ale należy pamiętać, że stomatologia oferuje dużo więcej. Jako lekarze dentyści możemy uczynić wiele dobrego dla innych sektorów ochrony zdrowia – niejednokrotnie jesteśmy bowiem lekarzami pierwszego kontaktu i możemy zauważyć inne schorzenia ogólne mające manifestację w jamie ustnej. Choroba próchnicowa zębów oraz choroby przyzębia są jednymi z najbardziej powszechnych i ważnych globalnych obciążeń zdrowotnych – dotyczą ponad 90 proc. światowej populacji, a nowotwory jamy ustnej są na ósmym miejscu wśród najczęściej występujących nowotworów.

Nie wolno zapominać o osobach starszych – duże braki w uzębieniu z powodu chorób jamy ustnej czy periodontopatii utrudniają pełnienie podstawowych funkcji społecznych. Pokolenie ludzi starszych niejednokrotnie nie jest nauczone właściwej dbałości o zdrowie jamy ustnej, nie ma świadomości, że konieczne jest chodzenie do stomatologa. Jednocześnie osoby takie stają się wykluczone społecznie, bo źle wyglądają przez braki w uzębieniu albo mają problemy z konsumpcją posiłku. O tym „stomatologicznie straconym” pokoleniu też musimy pamiętać.

Jednak, aby lekarz dentysta mógł spełniać taką misję społeczną, pacjent musi do niego dotrzeć i tu rodzi się problem. Badania krajowe i europejskie pokazują, że raz w roku do stomatologa zgłasza się jedynie około 60 proc. społeczeństwa, choć zaleca się, by wizyty kontrolne odbywać co pół roku. Edukować należy zatem także dorosłych. W tym zakresie konieczne jest też wsparcie lekarzy innych specjalności.

Konieczne współdziałanie

Niezmierzalnie ważna jest współpraca interdyscyplinarna pomiędzy lekarzami różnych specjalności. Analizując dotychczasowe działania i wyniki promocji zdrowia jamy ustnej, często słyszy się opinie, że stomatolodzy przegrali walkę z próchnicą, prowadząc ją w zasadzie samotnie. Stwierdzono, że konieczne jest wzmożenie działań w kierunku włączenia do walki z chorobą próchnicową wszystkich zajmujących się ochroną zdrowia. Szczególnie cenna może okazać się współpraca z lekarzami zajmującymi się opieką nad przyszłymi matkami oraz z pediatrami. Ważną rolę do spełnienia mają również pracownicy edukacji, szczególnie we wczesnych etapach nauczania. WOHD stanowi doskonałą platformę do komunikacji – dialogu stomatologów, mediów i ogółu społeczeństwa, namawia do zaangażowania, ma generować zrozumienie znaczenia dobrego zdrowia jamy ustnej dla zdrowia ogólnego.

Szereg działań podejmowanych w ostatnich latach przez Naczelną Izbę Lekarską i PTS było zbieżnych i wzajemnie się uzupełniających. Kolejne towarzystwa, podmioty włączają się stopniowo z podobnymi aktywnościami.

Myślę, że w porównaniu do wielu państw w Polsce aktywność związana z WOHD jest znacząca i nie mamy się czego wstydzić – potwierdzają to m.in. raporty przedstawiane podczas Parlamentów Stomatologicznych FDI – choć oczywiście w niektórych państwach podejmuje się więcej działań w tym zakresie.

Wszystkie ręce na pokład

Każdy indywidualny lekarz stomatolog ma swobodę decyzji i działań, może wykazać się własną inicjatywą związaną z WOHD. W swojej codziennej pracy z pacjentem zajmuje się nie tylko stomatologią naprawczą, ale właśnie promocją zdrowia jamy ustnej i uświadamianiem o jej znaczeniu dla całego organizmu.

FDI przygotowało materiały dostępne na stronie internetowej www.worldoralhealthday.com, gdzie znajdują się zestawy pomocnicze, m.in. w postaci polskich plakatów. Pojawił się także tzw. trailer, czyli aplikacja do gry na smartfony „Szalona Buzia”, przygotowana z okazji WOHD 2016:

<http://engagingdigitalcommunications.com/madmouthis/>.

Szczególnego znaczenia nabiera podejmowanie wszelkich inicjatyw i zaangażowanie zarówno lekarzy, jak i decydentów, zmierzające do zapobiegania próchnicy i promocji zdrowia jamy ustnej w sytuacji, gdy polityka zdrowotna ma zmierzać do minimalizacji działań odtwórczych. Związane jest to z kierunkiem działań prowadzących do globalnego ograniczenia stosowania używanego od lat w stomatologii materiału, tj. amalgamatu, po podpisaniu konwencji Minamata, wiążącego traktatu w sprawie stosowania rtęci. Pomimo tendencji malejącej, nadal powszechnie używanego ze względu na brak zamiennika. Materiały alternatywne wykazują szereg wad (Bisfenol A [BPA]), a badania dotyczące zagrożeń wynikających z ich stosowania są w toku. ■

Drogiej Koleżance

dr Ewie Paszek

Zastępcy Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnego Izby Lekarskiej
wyraży głębokiego współczucia z powodu

śmierci Męża składają

dr n.med. Maciej Hamankiewicz
Prezes Naczelnego Izby Lekarskiej

oraz

lek. Grzegorz Wrona
Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Naczelnego Izby Lekarskiej

Zdrowie zaczyna się u stomatologa – są dowody

Dziewięć lat temu Światowa Federacja Stomatologiczna FDI, nie mogąc pozostać obojętną na wyniki badań płynące ze świata nauki, podjęła uchwałę podkreślającą nierozzerwalny związek pomiędzy zdrowiem jamy ustnej, ogólnym stanem zdrowia a jakością życia. Od tego momentu w programie każdego dorocznego Światowego Kongresu Stomatologicznego znajdują się tematy, które mają potwierdzić te fakty.

W związku z korelacją schorzeń jamy ustnej i chorób ogólnoustrojowych, stomatolog powinien być lekarzem pierwszego kontaktu – ogłosiła FDI w 2007 r. Kilka lat później Światowa Federacja Stomatologiczna, wraz z Organizacją Narodów Zjednoczonych, przedstawiła deklarację mówiącą, że choroby jamy ustnej mają taki sam czynnik ryzyka jak inne główne choroby niezakaźne: otyłość, choroby serca, udar mózgu, nowotwory, cukrzyca, czyli nieprawidłową dietę, palenie tytoniu, alkohol. Dodatkowo, całkiem niedawno w Atlasie Zdrowia Jamy Ustnej („Oral Health Atlas”), przygotowanym również przez FDI, zapisano, że liczba bakterii znajdujących się w jednej jamie ustnej może być większa niż liczba osób żyjących na kuli ziemskiej. To zdanie, które skutecznie działa na wyobraźnię.

Inicjatywy FDI dla wielu naukowców stały się zionym światłem i zachętą do przedstawiania kolejnych dowodów, potwierdzających, że nieleczona choroba jamy ustnej zwiększa ryzyko powstania innych chorób przewlekłych. I tak, dla naukowców oczywista jest zależność pomiędzy *Periodontopatie* a problemami z prostatą. Badacze z Case Western Reserve University w USA ogłosili, że mężczyźni, u których wykryto przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego, powinni jak najszybciej odwiedzić lekarza dentystę, aby sprawdzić stan przyzębia. Jak mówią inne badania – Women’s Health Initiative Observational Study, u palących kobiet, u których zdiagnozowano choroby przyzębia – rak piersi pojawia się wyraźnie częściej niż u ich rówieśniczek wolnych od nałogu i paradontozy. Inne nie oszczędziły najmłodszych – w Wielkiej Brytanii przekonywano, że dzieci z próchnicą są niższe i ważą mniej. Finowie (Uniwersytet w Helsinkach) nie mają natomiast wątpliwości, że paradontoza i inne choroby jamy ustnej zwielokrotniają ryzyko pojawienia się chorób układu naczyń wieńcowych i cukrzycy. Polacy też mają swoje wyniki badań epidemiologicznych dotyczące chorób przyzębia. Te najgłośniejsze – „Perio-Kar-

dio”, przeprowadzone pod przewodnictwem prof. Renaty Górskiej w kilku ośrodkach akademickich, potwierdziły, że choroby przyzębia są chorobami społecznymi. Dodatkowo wskazały na fatalną sytuację stomatologiczną pacjentów obciążonych schorzeniami sercowo-naczyniowymi.

Większość autorów badań podkreśla, że ratunek dla pacjentów może nadejść tylko z jednej strony – aktywnej współpracy lekarzy dentystów, specjalistów z lekarzami ogólnymi, a także chęci współdziałania samych pacjentów z higienistkami i całym zespołem stomatologicznym. Nie dziwi więc, że część programu naukowego Kongresu FDI w Poznaniu wypełnią wykłady przypominające, że jama ustna jest integralną częścią organizmu i bramą otwierającą drogę do dalszych struktur ustroju. Choć lista prelegentów nie została jeszcze zamknięta, to już wiadomo, że prof. dr hab. Andrzej Milewicz zamierza odpowiedzieć na pytanie, czy niedobór witaminy D wiąże się ze zdrowiem jamy ustnej, prof. dr Sehnaz Karadeniz z Turcji będzie udowadniał potrzebę współpracy lekarzy dentyków z diabetologami („Oral health and diabetes: Need for a collaboration across the disciplines”), prof. Ira Lamster z USA zdradzi, jak rozpoznać objawy cukrzycy w jamie ustnej („The oral manifestations of diabetes mellitus”), a prof. dr Georg B. Meyer z Niemiec wyjaśni, dlaczego nawracający ból głowy należy wiązać ze schorzeniami jamy ustnej („Headache – an interdisciplinary problem – aspects of dental risk factors”).

Światowa Federacja Dentystyczna od lat przekonuje, że lekarz dentysta nie może już pracować bez porozumienia z lekarzami innych specjalności medycznych, a także że dla wielu pacjentów jest lekarzem pierwszego kontaktu. Kongres FDI jest więc znakomitą okazją, aby tych przekonanych – utwierdzić, a tych nieprzekonanych – przekonać, że stomatologia jest nauką medyczną i rolą stomatologa jest prawidłowa ocena zmian w jamie ustnej, sygnalizujących choroby ogólnoustrojowe. ■

**Łukasz
Sowa**

Rzecznik
prasowy
Kongresu FDI

* „Gazeta Lekarska”
jest patronem
medialnym tego
wydarzenia



**Rafał
Kubiak**

Profesor prawa,
zastępca
dyrektora
Centrum
Egzaminów
Medycznych

Zmiany w organizacji i przeprowadzaniu LEK/LDEK i PES



Planowane jest wejście w życie nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, dokonanej ustawą z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw.

Modyfikacje te mają na celu przede wszystkim wprowadzenie elektronicznego Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych („SMK”). Posunięcie to ma z informatyzować m.in. szereg procedur stosowanych podczas szkolenia specjalizacyjnego oraz organizacji egzaminów lekarskich. Jednakże obok nowych przepisów odnoszących się do tej materii, do ustawy wprowadzono wiele rozwiązań dotyczących organizacji i przeprowadzania tych egzaminów.

W nowym modelu warunkiem dokonywania czynności urzędowych związanych ze szkoleniem specjalizacyjnym oraz składaniem egzaminów lekarskich jest posiadanie konta w SMK. Lekarz będzie zatem zobowiązany do jego założenia. Według powołanej ustawy nowelizacyjnej konto takie będą mogli złożyć: studenci na ostatnim roku studiów lekarskich lub lekarsko-dentystycznych, lekarz / lekarz dentysta i kierownik specjalizacji. Postępowanie rozpocznie się od wprowadzania danych do SMK, online. Następnie zainteresowany musi potwierdzić swą tożsamość (alternatywnie): podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, potwierdzenia będzie dokonywać także właściwa uczelnia medyczna albo właściwa okręgowa izba lekarska lub Naczelna Izba Lekarska.

Do aktywowania konta konieczne jest nadto ustalenie, czy osoba jest uprawniona do jego posiadania. Względem studenta weryfikacji tej dokona właściwa uczelnia medyczna, natomiast wobec lekarza / lekarza dentysty – właściwa miejscowo OIL, a jeżeli nie jest możliwe jej ustalenie – NIL.

Można przyjąć, że jeśli zainteresowany nie będzie posiadał podpisu elektronicznego lub profilu ePUAP, najprostszym rozwiązaniem będzie udanie się odpowiednio do uczelni medycznej (studenci) albo OIL (lekarze / lekarze dentyści), które zarówno uwierzytelnią tożsamość, jak i zweryfikują uprawnienia do założenia konta.

Organizacja i przeprowadzanie LEK/LDEK

Przeprowadzanie LEK/LDEK zostało unormowane w art. 14a-14f ustawy. Do egzaminu będzie mógł przystąpić student ostatniego roku studiów lekarskich/lekarsko-dentystycznych. Przy czym rozwiązanie to dotyczy studentów, którzy rozpoczęli studia po 1 października 2012 r. Osoby, które rozpoczęły studia wcześniej, mogą przystępować do tych egzaminów dopiero, gdy są już absolwentami. LEK/LDEK będą mogli składać również lekarze / lekarze dentyści.

Istotne zmiany dotyczą zgłaszania się do egzaminu. Zrezygnowano z procesu dopuszczania do LEK/LDEK, co dotąd następowało bezpośrednio przed rozpoczęciem egzaminu. W nowym ujęciu nie będzie już potrzeby weryfikowania uprawnień do składania LEK/LDEK. Założono, że uprawnienia takie posiada osoba, która aktywuje konto w SMK. Bezpośrednio przed egzaminem będzie ona więc zobowiązana jedynie do okazania dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Zgłoszenie będzie następowało za pomocą SMK, w terminach ustawowo określonych, które

pozostały niezmienione. Jeśli osoba w przepisowym terminie nie dokona zgłoszenia za pomocą SMK, nie będzie mogła składać egzaminu w danym okresie.

Przystępowanie do LEK/LDEK będzie nadal nieograniczone pod względem czasowym oraz liczby podejść. Novum stanowi obowiązek wniesienia opłaty egzaminacyjnej, którą trzeba będzie uiścić już za drugie i kolejne zgłoszenie do egzaminu składanego w języku polskim (dotychczas obowiązek dotyczył czwartego i kolejnego zgłoszenia). W sytuacji egzaminu składanego w języku obcym opłata obowiązuje przy każdym zgłoszeniu.

Opłatę będzie trzeba uiścić na rachunek bankowy, którego numer będzie podawany w trakcie składania zgłoszenia. Opłata będzie musiała być wniesiona najpóźniej w ciągu pięciu dni od upływu terminu składania zgłoszeń. W razie niedopełnienia tego obowiązku Centrum Egzaminów Medycznych („CEM”) będzie wzywało za pomocą SMK do dokonania wpłaty w terminie siedmiu dni od skierowania wezwania. Po bezskutecznym upływie tego terminu zainteresowany nie będzie mógł przystąpić do egzaminu w planowanym okresie.

Ustawowo podniesiono górną granicę wynagrodzeń dla członka zespołu egzaminacyjnego (maks. 300 zł) oraz jego przewodniczącego (maks. 500 zł). Ostateczna wartość wynagrodzenia będzie określona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Dookreślono zasady przebiegu egzaminu: m.in. unormowano możliwość jego monitorowania urządzeniami rejestrującymi obraz i dźwięk. Dodano również sankcję wobec osoby zdyskwalifikowanej. Nie będzie ona mogła przystąpić do LEK/LDEK w kolejnym najbliższym terminie po dacie dyskwalifikacji. Zmodyfikowano zasady zgłaszania zastrzeżeń do zadań egzaminacyjnych. Zdający LEK/LDEK w danym terminie będzie mógł wnieść takie zastrzeżenia jedynie w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej. Zlikwidowano więc możliwość składania zastrzeżeń w ciągu trzech dni po egzaminie.

Wyniki egzaminu będą przekazywane zdającemu za pomocą SMK, otrzyma on także papierowe świadectwo. Ponadto wyniki te będą udostępniane niektórym podmiotom, m.in. NRL.

Zdający będzie mógł wystąpić do dyrektora CEM o wydanie duplikatu świadectwa albo jego korektę. Czynności te będą objęte opłatą w wysokości 50 zł.

Organizacja i przeprowadzanie PES

Nowe unormowania przewidziano także w zakresie przystępowania i składania PES. Generalnie przepisy dotyczące organizacji tego egzaminu są zbliżone do rozwiązań przyjętych dla

LEK/LDEK. Tożsame regulacje wprowadzono w odniesieniu do np. wynagrodzeń członków i przewodniczących zespołów egzaminacyjnych, monitorowania przebiegu egzaminu, skutków dyskwalifikacji oraz zasad odpłatności za wydanie duplikatu, odpisu albo korekty dyplomu specjalisty.

Istotnie zmieniły się zasady zgłaszania do PES. Zlikwidowano de facto proces dopuszczania do niego. Dotąd dokonywała tego Państwowa Komisja Egzaminacyjna. Na gruncie nowej regulacji rozstrzygnięcie w tym przedmiocie nie będzie już potrzebne. Lekarz będzie musiał jednak uzyskać potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego. Postępowanie w tym zakresie będą prowadzić wojewodowie, MON, minister właściwy ds. wewnętrznych. Lekarz, który uzyska zaliczenie szkolenia specjalizacyjnego przez kierownika specjalizacji, będzie następnie występował do tych organów o weryfikację formalną odbycia szkolenia. Docelowo postępowanie to będzie prowadzone elektronicznie, za pomocą SMK. Wobec lekarzy, którzy rozpoczęli szkolenie na dotychczasowych zasadach, procedura ta będzie wymagała obiegu dokumentów papierowych. Lekarz będzie zobligowany do złożenia dokumentacji jego szkolenia do wspomnianych organów. Następnie przekażą one te dokumenty do właściwych konsultantów krajowych, którzy dokonają merytorycznej ich weryfikacji i wydadzą rozstrzygnięcie. Na jego podstawie organy te potwierdzą zakończenie szkolenia albo odmówią takiego potwierdzenia. W tym drugim wypadku skierują lekarza do odbycia brakującego elementu programu specjalizacji. Po jego zrealizowaniu lekarz będzie poddany ponownie opisanej procedurze weryfikacyjnej. Jeśli lekarz uzyska takie potwierdzenie, będzie mógł zgłosić się do PES, za pomocą SMK.

Utrzymano dotychczasowe terminy zgłoszeń, przy czym dookreślono, że ich przekroczenie uniemożliwi składanie egzaminu w danej sesji.

Nowością jest obowiązek wniesienia opłaty, który powstanie za drugie i kolejne zgłoszenie. Przyjęto w tym zakresie tożsamą procedurę, jak w przypadku LEK/LDEK. Wyniki egzaminu będą przekazywane zdającemu za pomocą SMK oraz udostępniane w systemie różnym podmiotom, m.in. NRL.

Ukazane unormowania zostaną uzupełnione aktami wykonawczymi (rozporządzeniami MZ i regulaminami egzaminacyjnymi). Przepisy te oraz komunikaty o nowych zasadach przystępowania i składania egzaminów będą podawane na stronie www.cem.edu.pl. Obecnie w resorcie zdrowia trwają prace nad zmianami dotyczącymi przywrócenia stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty. Przyjęte rozwiązania mogą wpłynąć na zaprezentowany model zakładania konta w SMK oraz przystępowania do LEK/LDEK. ■

Art. 61 Kodeksu Etyki Lekarskiej widziany z wielu perspektyw

Marta
Jakubiak

„Lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiejkolwiek instytucji publicznej lub prywatnej powinien rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tych instytucji; jednak lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej” (Art. 61 KEL).

W środowisku medycznym szerokim echem odbił się panel dyskusyjny zorganizowany w styczniu przez Śląską Izbę Lekarską, w czasie którego dyskutowano nad interpretacją i stosowaniem art. 61 KEL. Sprawa była omawiana również na forum Naczelnej Rady Lekarskiej, w Naczelnym Sądzie Lekarskim oraz w środowisku Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a także Rzecznika Praw Lekarza.

– Kodeks Etyki Lekarskiej, mimo iż zawiera znacznie mniej stron niż podobny kodeks przed-

wojenny, jest wystarczającą wartością. Za fundamentalną uznaje walkę o autonomię zawodu lekarza, bo to konieczne do wykonywania zawodu zaufania publicznego. Autonomia rozumiana jako postępowanie na podstawie wiedzy, doświadczenia i sumienia – mówił podczas wystąpienia podsumowującego Jacek Kozakiewicz, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach.

A oto kilka cytatów z wypowiedzi panelistów zabierających głos w debacie.

„Lekarz i adwokat – podobieństwa i różnice w myśl Art. 61 KEL oraz Zbioru Zasad Etyki Adwokackiej i Godności Zawodu”

Mecenas Roman Kusz,

wicedziekan Okręgowej Rady Adwokackiej w Katowicach:

„Zarówno lekarz jak i adwokat to zawody wolne. Różnica prawna polega na tym, że lekarz wykonuje swój zawód w bardzo różnych formach – może być zatrudniony na umowę o pracę, w oparciu o umowę cywilnoprawną, może także wykonywać praktykę zawodową samodzielnie. Jeżeli jest pracodawca czy zleceniodawca, to ta wolność jest trochę ograniczona”.

„Art. 61 Kodeksu Etyki Lekarskiej – konieczność zmiany czy uchylenia”

Mecenas Ryszard Ostrowski,

dziekan Okręgowej Izby Radców Prawnych w Katowicach:

„Lekarze są zobowiązani do przestrzegania dwóch systemów norm – zarówno norm etyki lekarskiej, jak i norm prawnych. Nie można jednak postawić znaku równości między prawem a moralnością. Nie każde zachowanie nieetyczne musi jednocześnie naruszać normy prawne”.

„Obecny zapis Art. 61 KEL jest wysoce niedoskonały, biorąc pod uwagę możliwość różnej jego interpretacji. Wyjścia są dwa: spróbować pokusić się o doprecyzowanie tego artykułu albo usunąć go, co de facto będzie powodowało aktualny stan rzeczy, czyli konieczność przestrzegania KEL. Brak instytucji „zawieszenia” powo-

duje sytuacją taką, że lekarz wykonujący inne funkcje w dalszym ciągu lekarzem pozostaje i KEL stosować musi”.

„Disputare necesse est”

Andrzej Wojnar,

przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL:

„Art. 61 jest dobrze, w miarę precyzyjnie skonstruowany. Funkcjonuje i nie trzeba go zmieniać, a w życiu i tak trzeba podchodzić indywidualnie do każdej sprawy”.

„Wszyscy lekarze z mocy ustawy są członkami Izby Lekarskiej i zobowiązani są do przestrzegania KEL. Lekarz powinien przede wszystkim pamiętać o największym nakazie etycznym, czyli dobru chorego – słynne „Salus aegroti” i nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej, ale zgodnie z sumieniem i współczesną wiedzą medyczną – art. 4 KEL; niezależnie od mechanizmów rynkowych, nacisków społecznych i wymagań administracyjnych – art. 2 pkt. 2 KEL”.

„W dyskusjach, przy ocenach nie dzielimy lekarzy na dobrych i złych – bądźmy wyrozumiali i tolerancyjni. Oczywiście do pewnych granic. Z drugiej strony mamy uregulowania prawne i KEL, który jak potwierdził Trybunał Konstytucyjny w ostatnim wyroku, jest elementem porządku prawnego na mocy art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry”.

Na podstawie: materiałów prasowych Działu Informacyjno-Prasowego Śląskiej Izby Lekarskiej, oprac. przez Annę Tabakę-Makuchowską



Lecząc ból, poprawiamy jakość życia

Zdrowie to stan pełnego dobrobytu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko nieobecność choroby. Każdy człowiek, bez względu na rasę, religię, przekonania polityczne, warunki ekonomiczne czy społeczne, ma prawo do najlepszego możliwego stanu zdrowia – tak mówi Konstytucja WHO (2006). Najbardziej holistycznym wymiarem zdrowia jest ocena jakości życia QoL (Quality of life), parametr stawiający pacjenta w centrum terapii.

W chorobach nieuleczalnych/przewlekłych może być jedynym miernikiem jakości leczenia.

Przewlekły ból drastycznie obniża jakość życia pacjenta, ale i jego rodziny. Dlatego tak ważne jest rozpoczęcie leczenia bólu, kiedy pojawią się pierwsze sygnały. Jeśli pacjent nie uzyskuje pomocy od lekarza, rozpoczyna samoleczenie. W ten sposób, po niedługim czasie tracimy kontrolę nad leczeniem bólu. Silny ból wymaga silnego leku, dwa słabe nie spełnią tej samej funkcji.

W zaleceniach EAPC European Association for Palliative Care (2011) podkreślone jest, że nie ma istotnych różnic pomiędzy morfiną a oksykodonom i każdy z nich może być lekiem pierwszego wyboru na III poziomie stopnia drabiny analgetycznej. Częstsze sięganie po morfinę wynika z jej historycznego znaczenia i niskich kosztów. W ostatnich czasach modne jest określenie „szyte na miarę”. Nasze leczenie też powinno ku temu zmierzać. Nowsze preparaty w dużej mierze pozbawione są dokuczliwych objawów ubocznych, jakie wywołuje morfina.

Od niedawna możemy omijać etap „słabych opioidów” i zamiast kodeiny lub tramadolu zastosować silny opioid w małej dawce, np. oksykodon w dawkach ≤ 20 mg/dobę lub morfinę w dawkach ≤ 30 mg/dobę. W przypadkach bólu wymagającego zastosowania opioidu i utrzymujących się zapaść, opioidem z wyboru jest oksykodon w połączeniu z naloksonem.

Dobór dawki ma kolosalne znaczenie. Przepisanie zbyt niskiej, zaowocuje próbą wypełnienia tej „luki” słabymi lekami OTC. Narażamy pacjenta na niepotrzebne koszty (lek i tak jest za słaby, aby był skuteczny). Według Krzysztofa Krajewskiego – Siudy (Samoleczenie 2012), w Polsce leki OTC są średnio 5% droższe niż w krajach Unii Europejskiej, aż o 20% droższe niż w Czechach i Słowacji.

Rozumiem obawy lekarzy przed pierwszym włączeniem opioidu, ale czy obawy o taki czy inny efekt terapeutyczny nie towarzyszą nam w codziennej pracy? Przewlekłe stosowanie opioidów może spo-

radycznie wywoływać reakcje toksyczne. Depresja oddechowa (wywołująca obawy lekarzy) pojawia się jako późny objaw w stanach, kiedy następują nagłe zmiany wydolności nerek, wątroby lub w sepsie. Objawy uboczne na początku terapii to senność, zawroty głowy. Zaparcia mogą stałe towarzyszyć terapii. Dla dobrych efektów leczenia trzeba optymalizować dawki opioidów, starając się zachować równowagę pomiędzy skutecznością, satysfakcją i tolerancją. Wtedy zachowana jest właściwa jakość życia.

W swojej pracy spotykam chorych, którzy utrudnieni chorobą i leczeniem marzą tylko o przeżyciu dnia bez bólu. Wśród tej grupy, nie więcej niż 10-20% to trudne zespoły bólowe. Większość to zagubieni chorzy, u których być może skupienie się na leczeniu choroby podstawowej zepchnęło ból na dalszy plan. Przez prawidłowe ustawienie kontroli bólu nie wyleczymy choroby, ale znacznie możemy zmodyfikować życie chorego. Zmienia się nie tylko wartość na skali pomiaru bólu, ale również jakość życia pacjenta, jego nastawienia do choroby, do leczenia. Następuje ponowna mobilizacja do leczenia. W ten sposób spełniamy nie tylko lekarski obowiązek niesienia ulgi w cierpieniu, ale również ludzki, humanistyczny, holistyczny aspekt leczenia bólu, wyrażony ustaleniem właściwego leczenia farmakologicznego lub w wybranych przypadkach zastosowaniem technik zabiegowych (interwencyjnych).

Szczególnej troski wymagają pacjenci w schyłkowym okresie życia. U nich stosujemy dawki niższe od wyliczonych o 30-50% i zawsze wybieramy formy leków krótkodziałające. Nie łączymy dwóch leków opioidowych (np. słabego i silnego opioidu).

Tematykę leczenia bólu powinni śledzić lekarze niezależnie od specjalizacji, gdyż ból też nie wybiera i może pojawić się w każdej chorobie. Wspomnę jeszcze o częstej „pułapce” terapeutycznej, jaką jest zjawisko bólu przebijającego, mogące pojawić się w każdym przewlekłym zespole bólowym. Jest to nagłe nasilenie dolegliwości bólowych, mimo prawidłowego leczenia bólu podstawowego, mające stosunkowo szybki początek, czas trwania najczęściej około 30 min.

Nie powinno być więcej niż do 4 epizodów dziennie. Ból przebijający wymaga odmiennego leczenia. Ze względu na przejściowy (napadowy) charakter, wskazane jest stosowanie leków szybko i krótko działających. Nie leczone epizody bólu wywołują silny stres i obniżają jakość życia.

Nie ma większej satysfakcji niż zanotowanie na końcu epikryzy „Pacjent zadowolony z efektów leczenia. W stanie dobrym wypisany do domu.”

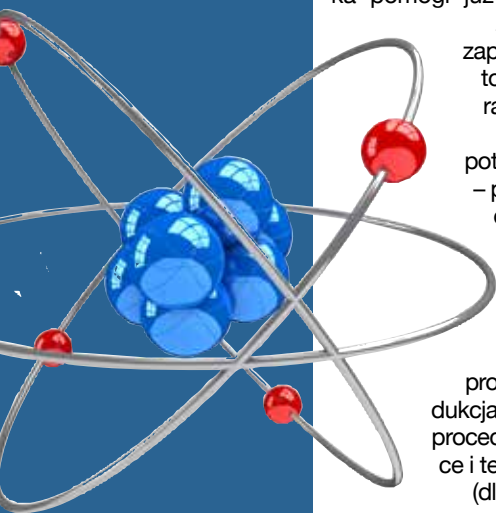
Dr n. med.
Elwira Góraj

kierownik Oddziału
Medycyny
Paliatywnej
Klinika Onkologii
i Chorób
Wewnętrznych
Centrum Onkologii
-Instytut im.
M. Skłodowskiej
– Curie
w Warszawie

Sponsorem
serwisu jest firma
Mundipharma.

Maria pomogła 75,5 mln osób!

Reaktor jądrowy Maria z podwarszawskiego Otwocka pomógł już ponad 75,5 mln osób, a Polska zapewnia blisko 20 proc. światowego zapotrzebowania na molibden-99, tj. izotop niezbędny w medycynie nuklearnej ratującej ludzkie życie. – Bez polskiego reaktora Maria nie można zaspokoić potrzeb medycyny nuklearnej na świecie – podkreśla inż. Grzegorz Krzysztoszek, dyrektor Departamentu Energii Jądrowej Narodowego Centrum Badań Jądrowych. Na świecie jest zaledwie kilka reaktorów badawczych zapewniających napromienianie tarcz uranowych służących do produkcji molibdenu-99. Łączna ich produkcja pozwala na wykonywanie ok. 25 mln procedur medycznych rocznie w diagnostyce i terapii nowotworowej na całym świecie (dla porównania: w Polsce wykonuje się ok. 215 tys. takich zabiegów).



Najnowsze doniesienia
ze świata nauki
i medycyny na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



Źródło: Serwis Nauka w Polsce
– www.naukawpolsce.pap.pl

Nowa metoda leczenia raka

Podczas odbywającego się niedawno w San Francisco sympozjum dotyczącego nowotworów przewodu pokarmowego polscy onkolodzy zaprezentowali nowy, powodujący mniej powikłań, schemat leczenia zaawansowanego raka odbytnicy (uczestniczyło w nim 540 pacjentów). Jest on bardziej korzystny dla chorych, a jednocześnie mniej kosztowny dla płatnika. Z pierwszych obserwacji wynika, że może zwiększać

przeżycia z tym typem nowotworu.

Chorzy objęci nowym schematem leczenia otrzymywali jedynie pięć napromieniowań skojarzonych z chemioterapią podawaną przez łącznie sześć dni (trzy razy po dwa dni w okresie kolejnych siedmiu tygodni). Pacjent operowany jest po 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Głównym autorem zaprezentowanych badań jest prof. Krzysztof Bujko, szef Polskiej Grupy do Badań Raka Jelita Grubego.

– Wcześniejsze wdrożenie chemioterapii w nowym sposobie leczenia może pozwolić na lepszą kontrolę przerzutów raka odbytnicy – dodaje prof. Andrzej Rutkowski, współautor badania.

Rak odbytnicy najczęściej pojawia się między 50. a 60. rokiem życia, zwykle dotyczy mężczyzn.

Najmniejszy rozrusznik serca na świecie



Lekarze z Poznania i Zabrze wszczepili najmniejszy na świecie rozrusznik serca. Urządzenie ma wielkość 24 mm, ok. 6 mm średnicy, waży 1 gram, jest o 90 proc. mniejsze i lżejsze od zazwyczaj stosowanych rozruszników. – Najważniejsza różnica, poza wielkością, to brak klasycznej elektrody, która jest zawsze najsłabszym elementem wszystkich systemów do elektroterapii. Ona w trakcie życia pacjenta ugina się każdego dnia 100 tys. razy. Zawsze jest ryzyko, że ulegnie złamaniu, że izolacja ulegnie uszkodzeniu, że dojdzie do zakażenia – mówi dr hab. Przemysław Mitkowski z I Kliniki Kardiologii Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu. Urządzenie nowego typu, które ma wielkość zwykłej kapsułki, jest wprowadzane poprzez nakłucie żyły udowej, a nie, jak to się zwykle robi, poprzez nacięcie skóry w okolicy podobojczykowej. – Wprowadzane jest do prawej komory serca, tam jest zaczepiane i tam zostaje. Nie ma żadnej części, która wychodzi poza serce – wyjaśnia prof. Mitkowski. Nowa technologia, która zastępuje klasyczny stymulator jednojamowy, jest zdecydowanie droższa od dotychczas stosowanej, jednak w przypadku niektórych pacjentów może być ona niezastąpiona.

Komórki trzustki rozmawiają ze sobą

Czy przeszczepy wysp trzustkowych staną się pełnowartościową metodą leczenia cukrzycy typu 2? Tego jeszcze nie wiadomo, za to pewne jest, że komórki trzustki, sterujące poziomem glukozy we krwi, wymieniają się informacjami za pomocą kannabinoidów (substancji obecnych m.in. w marihuanie). Odkryli to naukowcy z Instytutu Biologii Doświadczalnej PAN im. M. Nenckiego w Warszawie. Poznanie roli kannabinoidów w komunikacji między komórkami alfa i beta niesie nadzieję na skuteczniejsze leczenie cukrzycy właśnie za pomocą przeszczepów wysp trzustkowych. – Jeśli dalsze badania przebiegną po naszej myśli, być może w niedalekiej przyszłości uda się te wyniki wykorzystać w sposób, który uwolni przynajmniej część chorych od koszmaru ciągłych zastrzyków z insuliną – mówi prof. Agnieszka Dobrzyń. Badania wskazują także, że przyszłe matki, spożywające w okresie ciąży substancje zawierające kannabinoidy, prawdopodobnie urodzą dzieci z zaburzoną architekturą wysp trzustkowych, a więc podatne na cukrzycę typu 2. – Z naszych prac pod żadnym pozorem nie należy wyciągać wniosku, że spożywanie marihuany może być sposobem na wyliczenie kogokolwiek z cukrzycy – przestrzega prof. Dobrzyń. ■



BIULETYN

Nr 1 (166) Rok XXVII Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, I 2016

Redaktor naczelny: Marek Jodłowski

Posiedzenie NRL – 15 stycznia 2016 r.

UCHWAŁA Nr 1/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 stycznia 2016 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tekst jednolity Dz.U. 2015, poz. 651, z późn. zm.) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 7/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2014 r. w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadza się następującą zmianę:

- 1) w § 1 pkt 8 otrzymuje następujące brzmienie:
„8) Komisja Legislacyjna – Tomasz Romańczyk”
- 2) w § 1 pkt 13 otrzymuje następujące brzmienie:
„13) Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii – Mariusz Janikowski”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 2/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 stycznia 2016 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tekst jednolity Dz.U. 2015 r., poz. 651, z późn. zm.) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 14/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 maja 2014 r. w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej, zmienionej uchwałą nr 24/14/VII z dnia 27 czerwca 2014 r.

w sprawie zmiany uchwały w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej, wprowadza się następującą zmianę:

- 1) w § 1 pkt 8 do składu Komisji Legislacyjnej powołuje się:
- Ryszarda Mońdziela
- Mieczysława Dziedzica

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 3/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 stycznia 2016 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie upoważnienia do składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 5 pkt 23 oraz art. 39 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tekst jednolity Dz. U. 2015 r., poz. 651, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 1/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2014 r. w sprawie upoważnienia do składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej wprowadza się następującą zmianę:

- 1) W § 1 pkt 5 uchwały w miejsce Konstantego Radziwiłła wpisuje się Marka Jodłowskiego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 4/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 stycznia 2016 r.

w sprawie zgłoszenia Nadzwyczajnemu XIII Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projektu uchwały w sprawie regulaminu Krajowego Zjazdu Lekarzy

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2015 r. poz. 651, 1066, 1991 i 2281) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przedstawia się Nadzwyczajnemu XIII Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projekt uchwały w sprawie regulaminu Krajowego Zjazdu Lekarzy, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 5/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 stycznia 2016 r.

w sprawie Ośrodka Naczelnej Izby Lekarskiej ds. Wytycznych Postępowania w Praktyce Medycznej

Na podstawie art. 39 ust. 1 (Dz. U. z 2015 r., poz. 651) oraz § 6 ust. 1 uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Ośrodek Naczelnej Izby Lekarskiej ds. Wytycznych Postępowania w Praktyce Medycznej zwany dalej „Ośrodkiem”.

§ 2.

1. Ośrodek zajmuje się rozpowszechnianiem wytycznych postępowania medycznego opierających się na aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadach evidence based medicine. Zadaniami Ośrodka są w szczególności następujące działania dotyczące standardów i wytycznych postępowania medycznego:

- 1) gromadzenie, publikowanie i rozpowszechnianie;
- 2) organizowanie i promowanie współpracy interdyscyplinarnej w ich tworzeniu;
- 3) promowanie i wspieranie ich stosowania w praktyce medycznej;
- 4) opracowywanie i publikowanie zaleceń dotyczących ich struktury i sposobu opracowywania;
- 5) monitorowanie działań podejmowanych w Polsce i za granicą w zakresie ich opracowywania i stosowania oraz publikowanie informacji o tych działaniach;
- 6) prowadzenie portalu internetowego Ośrodka służącego publikacji zaakceptowanych standardów i wytycznych;
- 7) opracowywanie aplikacji informatycznych i innych narzędzi ułatwiających ich stosowanie w praktyce lekarzy i lekarzy dentystów;
- 8) pozyskiwanie z zewnętrznych źródeł środków wspierających realizację zadań.

2. Zadania o których mowa w ust. 1 Ośrodek realizuje m.in. we współpracy z:

- 1) krajowymi i zagranicznymi medycznymi towarzystwami naukowymi;
- 2) krajowymi i zagranicznymi instytucjami i organizacjami aktywnymi w zakresie standardów i wytycznych postępowania medycznego oraz medycyny opartej na aktualnej wiedzy medycznej;
- 3) uczelniami medycznymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi;
- 4) nadzorem specjalistycznym i podmiotami zarządzającymi w ochronie zdrowia;
- 5) innymi podmiotami opracowującymi, przetwarzającymi, gro-

madzającymi i upowszechniającymi standardy i wytyczne postępowania medycznego.

§ 3.

1. Działalnością Ośrodka kieruje kierownik, powoływany przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.
2. Do zadań kierownika Ośrodka należy:
 - 1) kierowanie bieżącą działalnością Ośrodka;
 - 2) przedstawianie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Wytycznych Postępowania w Praktyce Medycznej z wnioskiem o wyrażenie zgody na ich publikację na portalu internetowym Ośrodka;
 - 3) składanie corocznych sprawozdań z działalności Ośrodka Naczelnej Radzie Lekarskiej.

§ 4.

1. Ośrodek dokonuje przeglądu i analizy zgodności opublikowanych przez Ośrodek standardów i wytycznych z aktualną wiedzą medyczną nie rzadziej, niż raz w roku. W przypadku potrzeby aktualizacji Wytycznych Kierownik Ośrodka zwraca się do podmiotu, który opracował Wytyczne o dokonanie ich aktualizacji lub odniesienie się do powstałych w tym zakresie propozycji.
2. W przypadku aktualizacji opublikowanych Wytycznych lub uznania ich za nieaktualne przez podmiot, który je opracował, Kierownik Ośrodka przedstawia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wnioszek o wyrażenie zgody na odpowiednio publikację na portalu internetowym Ośrodka nowych lub znowelizowanych Wytycznych lub usunięcie z tego portalu Wytycznych nieaktualnych, ewentualnie opatrzenie opublikowanych Wytycznych niezbędnym komentarzem.
3. Szczegółowy tryb pracy Ośrodka określi regulamin przygotowany przez Kierownika zatwierdzony przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 5.

Kadencja kierownika trwa od dnia powołania do upływu 6 miesięcy od zakończenia kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 6.

Ośrodek nadzoruje Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

§ 7.

Działalność Ośrodka jest finansowana ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 8.

Obsługę administracyjną Ośrodka zapewnia biuro Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 9.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 1/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 stycznia 2016 r.

w sprawie poparcia postulatów Porozumienia Rezydentów OZZL

Naczelna Rada Lekarska wyraża poparcie dla postulatów wyrażonych w Deklaracji Porozumienia Rezydentów OZZL, doty-

czących poprawy warunków szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów.

Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że wyrażone w tej deklaracji postulaty, w szczególności dotyczące poprawy jakości kształcenia specjalizacyjnego, wzrostu wynagrodzenia dla lekarzy rezydentów, wprowadzenia wynagrodzeń dla kierowników specjalizacji, zmian przepisów uniemożliwiających zmianę dziedziny specjalizacji w ramach rezydentury oraz kwestii dyżurów medycznych pełnionych w trakcie kształcenia specjalizacyjnego, były wielokrotnie podnoszone w apelach i stanowiskach Naczelnej Rady Lekarskiej i jej Prezydium.

Samorząd lekarski ponownie wskazuje konieczność podjęcia przez ministra właściwego do spraw zdrowia wszelkich działań na rzecz poprawy jakości i warunków kształcenia specjalizacyjnego w ww. zakresie, co będzie procentowało możliwością zapewnienia polskiemu pacjentom opieki kadry medycznej o najwyższych kwalifikacjach i dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej na optymalnym poziomie.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 2/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 15 stycznia 2016 r.**

**w sprawie projektu założeń do projektu ustawy o zmianie
ustawy o działalności leczniczej**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej, przekazanych przy piśmie pana Piotra Warczyńskiego, Podsekretarza Stanu Ministerstwa Zdrowia z dnia 22 grudnia 2015 r., znak OZP.0212.6.2015/CP(7) zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej proponowana zmiana wyłączająca jedno z możliwych działań w przypadku, gdy spzoz nie może pokryć ujemnego wyniku finansowego, możliwość zmiany formy organizacyjno-prawnej powoduje, że cały ciężar związany z sytuacją finansową podmiotu leczniczego w takich warunkach przeniesiony zostanie na podmiot tworzący. Taka zmiana, choć pozytywnie wpłynie na stabilność finansową spzoz-ów, to może prowadzić do przeniesienia kosztów utrzymania spzoz na podmiot tworzący, co w niektórych przypadkach stanowić może dla podmiotu tworzącego realne i duże zagrożenie finansowe. Podmioty te nie mają realnej możliwości bieżącego wpływu na wysokość i rodzaj zobowiązań finansowych zaciąganych przez spzoz-y. W sytuacji przerzucenia obciążenia finansowego związanego z funkcjonowaniem spzoz-ów na podmioty tworzące należy rozważyć wprowadzenie możliwości oddziaływania podmiotów tworzących na sposób funkcjonowania podmiotów leczniczych np. poprzez uzależnienie zaciągnięcia przez spzoz zobowiązań o określonej wysokości od uzyskania zgody podmiotu tworzącego.

Projekt założeń nie daje odpowiedzi na pytanie, co stanie się w sytuacji, gdy podmiot tworzący nie będzie miał wystarczających środków na przeprowadzenie procedury jego dokapitalizowania. Projektodawca nie przewidział jakichkolwiek sankcji za niewykonanie przez podmiot tworzący obowiązków wynikających z przepisu art. 59 ustawy o działalności leczniczej.

Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia zawarte w pkt II ppkt 5 projektu rozwiązanie polegające na wyłączeniu wobec podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami stosowania przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej w zakresie kontroli. Przepisy ustawy o swobodzie działalności gospo-

darczej dotyczące kontroli przewidują pewną równowagę pomiędzy interesem publicznym rozumianym jako prawo i obowiązek poddania się kontroli organom państwa oraz słusznym interesem przedsiębiorcy, którego działalność w demokratycznym państwie prawa nie powinna być zakłócana przeprowadzanymi zbyt często i bez uzasadnionej podstawy, kontrolami. Podkreślenia wymaga także, że przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dotyczące kontroli przewidują szczególne rozwiązania w zakresie kontroli w przypadku zagrożenia życia. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej charakter działalności leczniczej nie przesądza o tym, że każda kontrola prowadzona w podmiocie wykonującym taką działalność odbywa się w warunkach zagrożenia życia. Takie założenie, które wydaje się wynikać z proponowanej zmiany, jest w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej nieuzasadnione.

Naczelna Rada Lekarska pozytywnie ocenia projektowaną w pkt II ppkt 7 projektu zmianę w art. 54 ust. 5 polegającą na wskazaniu, że zgoda podmiotu tworzącego potrzebna jest także dla czynności prawnych skutkujących zmianą wierzyciela spzoz.

Zmiany dotyczące współdziałania z Policją w zakresie poszukiwania osób zaginionych muszą być przygotowane w taki sposób, aby nie prowadziły do naruszenia tajemnicy lekarskiej. Szczegółowe rozwiązania w tym zakresie powinny być poddane wnikliwej analizie z udziałem m.in. Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia projektowaną w pkt II ppkt 9 projektu zmianę w zakresie terminologii polegającą na odstąpieniu od dotychczas stosowanego nazewnictwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego na rzecz „zakładu leczniczego”. Zmiana taka wymusi nie tylko zmianę regulaminów organizacyjnych i statutów podmiotów leczniczych, ale także skutkować będzie dodatkowymi kosztami związanymi ze zmianą używanych druków dokumentów, pieczętek, tablic informacyjnych itp. Nie sprecyzowano, czemu konkretnie ta zmiana miałaby służyć, tym bardziej, że od wejścia w życie ustawy upłynęło blisko pięć lat i w powszechnym użyciu dla określenia dotychczasowych zakładów opieki zdrowotnej przyjęła się nazwa „podmiot leczniczy”.

Naczelna Rada Lekarska przypomina postulat wyrażony w stanowisku Nr 4/15/VII z dnia 26 czerwca 2015 r. w sprawie niezbędnej nowelizacji ustawy o działalności leczniczej. W stanowisku tym Naczelna Rada Lekarska uznała, iż do ustawy należy prowadzić wymóg posiadania prawa wykonywania zawodu odpowiednio lekarza lub lekarza dentysty oraz minimum 5-letniego doświadczenia w wykonywaniu jednego z tych zawodów lub tytułu specjalisty, jako wymóg niezbędny do pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1, 5-6 ustawy, w stosunku do podmiotów udzielających świadczeń zastrzeżonych do kompetencji lekarzy lub lekarzy dentystów. W przypadku, w którym kierownikiem podmiotu leczniczego jest zarząd spółki kapitałowej, wspomniane wymogi powinna spełniać co najmniej jeden członek zarządu.

Naczelna Rada Lekarska wnosi również o wykreślenie z ustawy przepisu art. 22 ust. 5 przewidującego upoważnienie dla Ministra Zdrowia do określania standardów postępowania medycznego w formie rozporządzeń. W ocenie samorządu lekarskiego, wielokrotnie przedstawianej Ministerstwu Zdrowia, określanie standardów postępowania medycznego nie powinno odbywać się w drodze regulacji urzędowych. Standardy postępowania medycznego wynikają z aktualnej wiedzy medycznej, a opracowywane są przez gremia specjalistów, m.in. towarzystwa naukowe. Ministerstwo Zdrowia powinno odgrywać istotną rolę w rozpowszechnianiu standardów medycznych, lecz nie powinno ich opracowywać, ani wprowadzać w formie przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 3/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 15 stycznia 2016 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przekazany przy piśmie pana Krzysztofa Łandy, Podsekretarza Stanu Ministerstwa Zdrowia z dnia 16 grudnia 2015 r., znak PLO.461.255.2015.PR zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu.

Wątpliwości budzi powiązanie uprawnienia pacjenta w wieku powyżej 75 lat do darmowych leków ze statusem wystawiającego receptę na takie leki lekarza – jako lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zarówno przepis art. 96a ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, jak i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2010 r. w sprawie recept lekarskich nie przewidują zamieszczania na receptce lekarskiej danych, na podstawie których farmaceuta realizując receptę byłby w stanie stwierdzić, czy wystawiający ją lekarz jest lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Naczelna Rada Lekarska zastrzega jednak, że weryfikowanie wymogu wystawienia recepty przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie może polegać na nakładaniu na lekarza poza obowiązek dodatkowego oznaczania wystawianej recepty.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej uprawnienie pacjentów seniorów do bezpłatnych leków nie powinno być uzależniane od tego czy receptę pacjentowi wystawia lekarz poza czy też inny lekarz. Podobnie jak w przypadku uprawnień dotyczących poziomu odpłatności leku tak i w tym przypadku samorząd lekarski stoi na stanowisku, że uprawnienie pacjenta nie powinno być powiązane z szczególnymi uprawnieniami czy też obowiązkami po stronie lekarza.

Z uzasadnienia projektu wynika, że celem regulacji jest umożliwienie kontynuacji farmakoterapii osobom starszym, które ze względu na trudną sytuację majątkową nie są w stanie ponosić kosztu zakupu leków. Pomimo powyższego, projekt nie przewiduje żadnego kryterium dotyczącego stanu majątkowego pacjenta, które uprawniałoby go do darmowych leków. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej brak powiązania uprawnienia do leków bezpłatnych z kryterium osiąganego przychodu prowadzić będzie do sytuacji, w których z leków takich korzystać będą również osoby bardzo dobrze sytuowane, które są w stanie ponosić koszty zakupu takich leków. Powiązanie uprawnienia do leków bezpłatnych z kryterium oceny sytuacji majątkowej pacjenta pozwoliłoby w sposób bardziej racjonalny i społecznie sprawiedliwy wykorzystać środki przeznaczane na leczenie seniorów i np. zwiększyć liczbę leków objętych takim bezpłatnym dostępem.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Posiedzenie Krajowej Komisji Wyborczej – 15 stycznia 2016 r.

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 15 stycznia 2016 r.**

**o wynikach wyborów na członka Prezydium
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji

wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie protokołu Komisji Wyborczej Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na członka Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej – wyborcy członka Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, z dnia 15 stycznia 2016 r., ogłasza się, że członkiem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2014-2017 został Mariusz Malicki.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

Ofiary układu limbicznego

Długie, wąskie korytarze, na dole przyjęcia, na górze „hospitalizacja”. Każde pomieszczenie monitorowane 24 godziny na dobę. Sale zamykane na klucz, a w nich pacjenci. Różni. Ładni, brzydki, biedni i bogaci. Łączy ich jedno – słabość do alkoholu.

Miejscowość, w której zlokalizowana jest siedziba przedsiębiorstwa to Łódź w województwie łódzkim. Firma przyjmuje Klientów pod adresem: Kilińskiego 232” – na jednym z portali internetowych katalogującym adresy przedsiębiorstw, produktów i usług tyle można przeczytać o miejscu, które postanowiliśmy odwiedzić. Co tak naprawdę kryje się pod numerem 232? Jedziemy do Oddziału Diagnostyczno-Obszerwacyjnego Zakładu Medycyny Uzależnień, będącego częścią SPZOZ Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej, pełniącego zadania izby wytrzeźwień. Miejsca tajemniczego, ale i wydaje się, że nieco strasznego zarazem.

Bez skierowania nie wejdiesz

Wbrew pozorom, nie tak łatwo się tu dostać. Trzeba mieć zagwarantowany transport policji, straży miejskiej lub karetki pogotowia. W wyjątkowych sytuacjach, zdarzają się takie dwie lub trzy w ciągu roku, gdy ktoś przychodzi sam lub zostaje przywieziony przez rodzinę, zostaje przyjęty, ale tylko wtedy, gdy podpisze zgodę na pobyt w izbie wytrzeźwień. Każdy musi przejść przez starannie opracowaną procedurę przyjęcia. Pracownicy służb dowożących osobę nietrzeźwą spisują protokół zatrzymania – to coś w rodzaju skierowania. Musi być kwit. Wartościowe rzeczy pacjent przekazuje jako depozyt do seifu.

Są tu 43 miejsca, w tym 10 dla kobiet i 3 przymusu bezpośredniego. Ruch zaczyna się zazwyczaj po godz. 15 i z każdą godziną pacjentów przybywa. Na 12-godzinny dyżur jest jeden lekarz, dwóch sanitariuszy, dwie pielęgniarki albo dwóch ratowników medycznych i salowa.

Czy pracujący tu lekarze są zadowoleni ze swojej pracy i lubią ją? – Mnie jako neurologa najbardziej fascynuje tu możliwość obserwowania, diagnozowania i leczenia powikłań, a jest ich naprawdę wiele – mówi doktor Halina Zbłowska, kierownik Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych, który znajduje się na pierwszym piętrze, tuż nad Oddziałem Diagnostyczno-ObsERVacyjnym. Czy jednak nie jest to praca zbyt stresująca i trudna dla kobiet? – Dla mnie nie. Wcześniej pracowałam jako neurochirurg... – uśmiecha się doktor Zbłowska.

Po prawej stronie od wejścia głównego znajduje się rejestracja, a w głębi korytarza po lewej pokój, gdzie upojeni alkoholem przechodzą wstępną selekcję, w tym badanie alkomatem. Na biurku w gabinecie lekarskim stoi okazałych rozmiarów niebieska skrzynka

do sprawdzania ilości promili w wydychanym powietrzu. Ma odpowiedni certyfikat, bo uzyskane na izbie wyniki czasem wykorzystuje się jako dowód w sądzie.

Procedura przyjęcia trwa. Jeszcze tylko lekarz zbada pacjenta i można już odprowadzić go do sali, w której będzie odzyskiwał trzeźwość umysłu. Dla tych, którzy nie dają rady przejść o własnych siłach – a tacy nie są tu rzadkością – pomysłowi pracownicy zbudowali specjalny wózek. – To taki nasz autorski projekt. Jego konstrukcja zapobiega wyslizgnięciu się osoby przewożonej – pokazuje z dumą jeden z pracowników.

Nie podaje się tu leków, ewentualnie płyny, aby szybciej pozbyć się przykrych skutków zatrucia organizmu aldehydem octowym. Sale dla kobiet i mężczyzn to oddzielne pomieszczenia. Wchodzimy do jednej z nich. Pierwsze, co nas uderza, to specyficzny zapach. Mieszanka alkoholu, potu i nazywając rzeczy po imieniu – uryny zmieszanej z wonią niemytego ciała ludzkiego. Sala jest posprzątana, są czyste podłogi, ściany. Ludzie przychodzą tu i odchodzą, ale zapach zostaje mimo starań pracowników, by go wytępić. W użyciu są nawet lampy bakteriobójcze.

W salach zamiast łóżek grube, zielone materace, pokryte specjalnym tworzywem, które ułatwia zachowanie czystości. Jest część toaletowa, a dokładnie w rogu znajduje się zamiast tradycyjnego wc zatopiona w podłodze ceramika z dziurą. – To dla bezpieczeństwa. Osoby w stanie intoksykacji różnie się zachowują i robimy wszystko, aby szkód było jak najmniej i by byli bezpieczni. Sale na bieżąco są dezynfekowane – wyjaśnia doktor Adam Piotrowski, lekarz, kierownik Oddziału Diagnostyczno-ObsERVacyjnego. Często zdarzają się awantury? – Czasem tak – odpowiada. Jak się zachowują? – Są agresywni, rzucają wszystkim, co im podejdzie pod rękę, stanowią zagrożenie dla samych siebie i otoczenia. Dla tych najbardziej agresywnych mamy specjalne jednoosobowe sale i łóżka umożliwiające zapięcie ich w pasy – wyjaśnia. Czy potrzeba żelaznych nerwów w towarzystwie takiego buntownika? – Wystarczy zachować spokój, bo agresja wyzwala agresję. Przecież oni nie są świadomi tego, co robią, nie raz się zdarzało, że na drugi dzień przeprasza albo nawet czekoladę przynieśli – opowiada doktor Zbłowska. – Poza tym szarpanie się w zapiętych pasach szybko odbiera energię i pomaga wytrzeźwieć. Człowiek jest jak po intensywnym fitnessie i nawet najbardziej agresywni łagodnieją – dodaje doktor Piotrowski, który właśnie dziś będzie pełnił dyżur w oddziale.

**Marta
Jakubiak**

**Lidia
Sulikowska**



**Halina
Zbłowska**



**Antoni
Pisarski**



**Adam
Piotrowski**

Unijka i powroty

Obecnie w oddziale trzeźwieje kilka osób, w nocy będzie ich nawet 40 – tak zazwyczaj bywa. Kim są ludzie, którzy tu trafiają? – 60 proc. to stali bywalcy, ludzie z tzw. marginesu społecznego. Spożywają najczęściej royal (skażony spirytus – przy. red.), rzadko wódkę kupioną w sklepie. Piją, trafiają do nas, tutaj trzeźwieją, wychodzą, znowu piją i znowu wracają... Takie błędne koło – opowiada doktor Piotrowski. To osoby, którym w życiu nie wyszło. Ludzie mieszkający w środowisku alkoholowym, czasem od pokoleń. Im trudno się wyrwać z nałogu. Trafiając do nas, są zazwyczaj grzeczni, nie protestują, że ktoś chce ich tu zatrzymać. Mają ciepły kąt, dostają czyste ubrania. Czasem są przywożeni w niekompletnym odzieniu, bez spodni czy nawet butów, więc trzeba ich ubrać. – Pozostałe 40 proc. pacjentów to reprezentanci w zasadzie całego przekroju społecznego. Od biednych po bogatych. Profesorowie, księża, prawnicy, lekarze, nauczyciele, pielęgniarki. Są wśród nich osoby uzależnione, ale też takie, które przesadziły jednorazowo i po spożyciu alkoholu, np. zbyt głośno zachowywały się w mieście i straż miejska przywoziła je tu po interwencji albo np. usnęły w tramwaju, bo wypity o jedną „unijkę” za dużo, jak po wejściu Polski do Unii Europejskiej nazywa się w Łodzi 200-mililitrową wódkę, która zastąpiła „ćwiartkę”. Oni trafiają do nas głównie w weekendy, pozostali przez 7 dni w tygodniu. Bywają też osoby po narkotykach, lekach czy dopalaczach. I muszę powiedzieć, że te stare narkotyki w porównaniu z dopalaczami to naprawdę nic. To, co się dzieje z ludźmi po zażyciu tych świństw, jest przerażające – mówi doktor Piotrowski. Rocznie do Oddziału Diagnostyczno-Obszerwacyjnego jest przyjmowanych 15 tys. osób. Niepokojące jest to, że granica wieku w ostatnim czasie maleje – trafiają tu coraz młodsze osoby.

Pacjent ma trzeźwieć, a lekarz kontrolować, czy w tym czasie nic złego się z nim nie dzieje. Wszystkie sale objęte są monitoringiem przemysłowym i stale obserwowane przez pracownika na dyżurze. – Kiedy zaczyna działać się coś niepokojącego, natychmiast reagujemy. Niestety, mamy tutaj ograniczone pole

działania, więc czasem chorego odsyłamy do szpitala. Są to jednak sporadyczne przypadki. Zazwyczaj jest spokojnie, więc cierpliwie czekamy, aż pacjent dojdzie do siebie, odzyska pamięć, świadomość i będzie mógł opuścić oddział – tłumaczy doktor Piotrowski. Czy musi ponownie dmuchać w alkomat? – O wyjściu decyduje stan kliniczny pacjenta, a nie to, ile ma promili. U alkoholików przecież czasem w ogóle nie dochodzi do całkowitego wyzerowania. Mając dwa promile alkoholu we krwi, ludzie ci potrafią zachowywać się normalnie i trudno po nich poznać, że są pod wpływem. To kwestia tolerancji na alkohol, będącej efektem długotrwałego picia. Dla niektórych nagle zejście poniżej pewnego poziomu byłoby wręcz niebezpieczne – dodaje.

Ile trzeba zapłacić za pobyt w oddziale? Ceny w Polsce są bardzo różne. – U nas chorzy nie płacą nic – mówi doktor Antoni Pisarski, zastępca dyrektora Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. Bł. Rafała Chylińskiego, psychiatra. Za darmo? Jak to? – Rachunki płaci miasto. Zdecydowano się na taki krok, bo i tak od większości osób nie sposób było wyegzekwować opłaty, a procedura związana ze ściągalnością kosztowała więcej niż pobyt tutaj. A nawet jeśli już udało się odzyskać pieniądze, to od rodziny, która i tak jest poszkodowana, dzieląc życie z osobą uzależnioną od alkoholu – wyjaśnia.

To moja herbata

Miejsce, w którym się znajdujemy, to nie tylko izba wytrzeźwień. – Mamy tutaj Poradnię Leczenia Uzależnień i Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych, popularnie nazywany detoksem. Są też jednostki działające przy Niciarnianej: Zakład Psychoterapii Uzależnień oraz Zakład Rehabilitacji i Readaptacji, w ramach którego działa hostel dla osób, które chcą wyjść z nałogu, ale nie mają gdzie się podziać. Staramy się leczyć kompleksowo. Nie ograniczamy się jedynie do przetrzymania osoby w stanie wskazującym do wytrzeźwienia, ale chcemy tych ludzi zmotywować do podjęcia leczenia – informuje Agnieszka Matusiak,



kierownik tutejszej Poradni Leczenia Uzależnień. Czy wykorzystują tę szansę? – Niektórzy tak, wielu jednak wracając do dawnego środowiska, znowu zaczyna pić. Mamy swoje małe sukcesy, jest ich jednak zbyt mało, brakuje systemowych rozwiązań, by nasze działania były naprawdę skuteczne. 70 proc. osób nie jest w stanie utrzymać abstynencji po terapii – dodaje. – Kiedyś mówię do pacjenta: Ma Pan syna, rodzinę... Po co ten alkohol? To mój chleb i herbata. Trudno się odzwyczaić – odpowiedział i zrezygnował z terapii... – wspomina Agnieszka Matusiak.

Są też tacy, którzy zmagają się, mimo ciężkiego uzależnienia. – Przychodzi wielu pacjentów, którzy kilkakrotnie byli na detoksie. Długotrwała i pełna abstynencja jest dla nich trudna do utrzymania. Nie obrażam się na nich, nie złoścę, bo wiem, że uzależnienie to przewlekła, charakteryzująca się nawrotami choroba – mówi doktor Zbłowska. – Ta choroba nie atakuje ludzi na poziomie świadomości, w tym sensie, że nikt, kto sięga po alkohol, nie zakłada, że się uzależni, pomimo potocznie znanej wiedzy na ten temat, ale rozwija się m.in. w obszarze układu limbicznego, gdzie znajdują się struktury mózgu odpowiedzialne za emocje i popędy. Biologia nie wybiera, dlatego alkoholizm może dotknąć zarówno inteligentnego, wykształconego człowieka, jak i niewykwalifikowanego robotnika. Pewne predyspozycje się dziedziczy. W społeczeństwie nie ma jednak wiedzy na temat natury uzależnienia, a tym samym zrozumienia dla ludzi zmagających się z chorobą alkoholową, a to przecież przewlekła choroba nie tylko mózgu, ale całego człowieka i powszechne przekonanie, że mogliby przestać pić, gdyby tylko chcieli, jest fałszywe i krzywdzące dla chorych. To nieprawda. Oni wiedzą, że sobie szkodzą, a mimo to piją nadal – jak chory na nadciśnienie, który pali, ma nadwagę i nie jest aktywny fizycznie, nie zmienia stylu życia, choć wie, że powinien to zrobić. Takich chorych się nie potępia, nie gardzi się nimi, dlaczego więc w przypadku alkoholika jest inaczej? – dodaje doktor Pisarski.

Pobudka w Nowym Jorku

Na Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych – jak co dzień – spory ruch. Sale wypełnione po brzegi, ale pacjenci spokojni. – Zdarza się, że nasi podopieczni widzą różne rzeczy. Słonie, pająki, myszy. Najbardziej w pamięci zapadł mi człowiek, który przez sześć dni leżał na łóżku w stanie majaczenia i wędrował przez Stany Zjednoczone. Za każdym razem opowiadał o innym miejscu i przebiegu swojej wycieczki. Zaczął od kanału Panamskiego. Ostrzegał też, że trzeba uciekać, bo kowboje jadą. Ocknął się w Nowym Jorku. Inny chory z uporem „chodził” po kompoty do piwnicy... Takie stany określane mianem majaczenia drżennego występują u kilku procent osób uzależnionych. Gdy jest po wszystkim, trzeźwiejący zazwyczaj nie pamiętają tego, o czym mówili – opowiada doktor Grażyna Adamska, która ma dziś dyżur na oddziale.

Skromnie tu, ale atmosfera jest wyjątkowo, jak na takie miejsce, życzliwa. Jak leczyć alkoholika? – Poprzez psychoterapię, farmakologicznie, poprzez podawanie leków, które blokują receptory odpowiedzialne za odczuwanie przyjemności z picia i zmniejszają tzw. głód alkoholu, oraz budowanie środowiska wsparcia społecznego. „Naturalny przebieg uzależnienia” wyznacza zasadnicze kierunki podejmowanych działań, które jeśli mają być skuteczne, powinny mieć charakter zintegrowany, w ramach określonej struktury organizacyjnej, programów oddziaływań medycznych, psychologicznych i readaptacyjnych – wyjaśnia doktor Pisarski. Czy można polubić pracę z osobami uzależnionymi od alkoholu? – Przecież nie pracujemy tu za karę – odpowiada doktor Piotrowski. – Nie mamy problemu z wypaleniem zawodowym. Jeśli są odejścia, to już raczej z powodu zarobków – zauważa. – Trzeba chcieć tolerować człowieka w stanie upojenia alkoholowego, który bywa nieemiły, wulgarny, śmierdzi, a czasem jest niebezpieczny. Stan upojenia to przede wszystkim problem natury medycznej. I jest jeszcze jeden pozytywny aspekt tej pracy: kiedy tak się człowiek napatrzy, co może stać się z człowiekiem, który pije alkohol, zastanowi się trzy razy, zanim sięgnie po alkohol – podsumowuje. ■

Więcej znieczuleń, mniej cesarskich cięć

Z prof. **Mirosławem Wielgosiem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Jak pan ocenia aktualny stan opieki ginekologicznej nad polskimi kobietami?

Powszechna opinia na ten temat nie jest najlepsza, jednak nie znajduje potwierdzenia w obiektywnych wskaźnikach. W ostatnich kilku latach odnotowaliśmy znaczącą poprawę opieki ginekologicznej, szczególnie jeśli chodzi o współczynnik umieralności matek w związku z ciążą, porodem, położeniem. Mamy lepsze wyniki niż Francja czy Niemcy. Jeśli chodzi o umieralność okołoporodową, wskaźniki nie są już tak dobre, ale nie jesteśmy outsiderem i systematycznie je poprawiamy. Gorzej jest z wczesną i późną śmiertelnością noworodków i niemowląt, lecz na to składa się nie tylko opieka przedporodowa i okołoporodowa, ale także neonatologiczna i pediatryczna. Kilka lat temu rozporządzeniem Ministra Zdrowia wprowadzono standard opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej, fizjologicznym porodzie i w położu, i choć można krytykować jego niedoskonałości, reguluje kompleksowo opiekę nad ciężarnymi. Jest ewenementem w Europie, podobnie jak standard opieki nad ciężarnymi w wybranych patologich ciąży. Oczywiście jest ich mnóstwo i nie da się od razu wszystkich ubrać w schemat postępowania. Jednak te najczęstsze i najcięższe są nim objęte, co pomaga podejmować właściwe decyzje każdej położnej i lekarzowi, w każdym ośrodku w kraju. Standard obejmuje wytyczne postępowania m.in. w ciąży bliźniaczej, krwotoku okołoporodowym, przedwczesnym

porodzie, monitorowaniu okołoporodowym, nadciśnieniu tętniczym związanym z ciążą, a także zalecenia dotyczące postępowania w niepowodzeniach położniczych. Nie znaczy to, że wyeliminuje powikłania czy niekorzystne rozwiązania ciąży, ale pomaga je ograniczyć. To wentyl bezpieczeństwa zarówno dla rodzącej, jak i lekarza, który odpowiada za przebieg porodu.

Skąd zatem tyle cesarskich cięć?

Wytyczne WHO mówią, że uzasadnionych medycznie powinno być 15 proc. cesarskich cięć, a jest ich tyle, że podniesiono poprzeczkę do 20 proc. W Polsce poprzez cesarskie cięcie rodzi się około 40 proc. dzieci, mimo że wskazania stricte położnicze od lat kształtują się na tym samym poziomie. Problemem są wskazania pozapołożnicze – okulistyczne, ortopedyczne, kardiologiczne, psychiatryczne. To trend ogólnoswiatowy, ale w Polsce przekracza się wszelkie normy. Jest jeszcze „cięcie na żądanie” – temat nośny medialnie. Niełatwo przekonać kobietę, która przez całą ciążę jest nastawiona na poród przez cesarskie cięcie i lekarz prowadzący ją w tym wspiera, że może urodzić siłami naturalnymi. Uświadamianie powinno się rozpocząć w chwili planowania ciąży, rozmów z lekarzem, z położną środowiskową, a nie na porodówce. Kobiety chcą cesarskiego cięcia z różnych powodów. To może być fanaberia, ale też przykre doświadczenie własne czy w rodzinie lub lęk przed bólem porodowym, a przecież w XXI w. kobieta nie musi rodzić w bólach. Wystarczy podać znieczulenie zewnątrzoponowe lub wybrać inną z dostępnych metod łagodzenia bólu. Z danych NFZ wynika, że tam, gdzie stosuje się znieczulenia, cięć cesarskich jest mniej. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne walczy o to, aby znieczulenia były powszechnie dostępne. Aby nie były czymś nadzwyczajnym, by każdy oddział położniczy je zapewniał. Trzeba pamiętać, że pierwsze cesarskie cięcie, w razie kolejnej ciąży, często wymusza następne, co zwiększa ryzyko powikłań, np. łożyska przodującego czy wrastania łożyska w błiznę po cięciu.

Nastała moda na rodzenie w małych szpitalach, gdzie kobieta może liczyć na intymność.

Szpital, które notują poniżej 300 porodów rocznie, nie są bezpiecznym miejscem dla rodzącej i noworodka. Jeśli rodzi się tam statystycznie mniej niż jedno dziecko dziennie, trudno utrzymać gotowość zespołu na najwyższych obrotach, co przekłada się na poziom opieki medycznej. Taki szpital nie zatrudni na stałe anesteziologa, nie ma też odpowiedniego zaplecza neonatologicznego. Uważam, że konieczna jest ponowna

ewaluacja ośrodków położniczych pod kątem referencyjności i weryfikacja wymogów, co pozwoli wyeliminować placówki, które ich nie spełniają. To rola konsultanta krajowego w dziedzinie ginekologii i położnictwa, z którym PTG ściśle współpracuje.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne opracowało szereg rekomendacji. Czego one dotyczą i jak są realizowane?

Rekomendacje to jeden z ważniejszych aspektów działania towarzystwa. Wiele z nich przestało spełniać swoją rolę i wymagają uaktualnienia, np. dotyczące cięć cesarskich, które opracowano w 2008 r. Jednak szczególnie ważna jest opieka przedkoncepcyjna. Nie będzie dobrych wyników okołoporodowych, jeśli utrzyma się wysoki odsetek ciąży niezaplanowanych. Kobieta powinna zachodzić w ciążę świadomie, po odpowiednim przygotowaniu, np. prowadzeniu profilaktyki kwasem foliowym, który zapobiega występowaniu wad cewy nerwowej u płodu. W praktyce kobiety często stosują kwas foliowy, kiedy już są w ciąży, a to za późno. W opiece przedkoncepcyjnej należy przełamywać tabu dotyczące tematów związanych z ciążą i Polskie Towarzystwo Ginekologiczne angażuje się w takie kampanie edukacyjne. Wiele rekomendacji trzeba dopiero stworzyć i jest to zadanie towarzystwa na obecną kadencję. Jestem ich wielkim zwolennikiem, ponieważ porządkują rzeczywistość wokół nas, a w ginekologii i położnictwie jest to niezbędne. Nie chodzi jednak o to, aby powstała jakaś grupa tworząca pakiet rekomendacji, ale o to, by wskazanym przez towarzystwo tematem zajęli się wybitni eksperci, znający dogłębnie ten wycinek wiedzy. Chciałbym więc, aby rekomendacje powstawały na zlecenie PTG, a nie odwrotnie.

A jakie jest stanowisko PTG w sprawie szczepień zapobiegających rakowi szyjki macicy?

Nie ma szczepionki, która chroniłaby przed rakiem szyjki macicy. Szczepionka, o której mówimy, jest wymierzona przeciwko wirusom brodawczaka ludzkiego, co nie jest jednoznaczne z powstawaniem raka szyjki macicy. Jest ona elementem profilaktyki, jej istotnym czynnikiem, ale nie jedynym. Przeciwdziałanie infekcjom HPV poprzez szczepionkę jest ograniczone, ponieważ na rynku są dwa rodzaje szczepionek, chroniących przed dwoma typami wirusów onkogennych, a tych typów jest znacznie więcej. Jednak te dwa najczęstsze, będące czynnikiem indukującym raka szyjki macicy, podlegają tego rodzaju profilaktyce. Nowością jest szczepionka 9-walentna, skierowana przeciwko kolejnym siedmiu typom wirusa. Narosło wiele kontrowersji wokół tego tematu. Szczepienie to jeden ze sposobów, by się chronić przed onkogennymi wirusami, ale ma największy sens, jeśli się szczepi przed inicjacją seksualną.

Dlaczego radykalne operacje onkologiczne narządów rodnych przeprowadzają tylko ośrodki uniwersyteckie?

Nie o to chodzi, czy miejscem jest klinika czy oddział, ale czy zespół lekarzy jest odpowiednio przygotowany do ich przeprowadzania. Na pewno tak duże operacje wymagają doświadczenia onkologicznego, czyli specjalizacji z onkologii. Chcemy, aby robili to ginekolodzy

onkolodzy jako prawdziwi specjaliści w swojej dziedzinie, a nie w każdym oddziale jest taka możliwość. Ośrodki specjalizujące się w ginekologii onkologicznej to ośrodki referencyjne, co podnosi jakość leczenia, a o to przecież nam chodzi.

Gdzie są najłabsze ogniwa w systemie opieki nad kobietami?

Brak edukacji prowadzonej od najmłodszych lat, dawkowanej w odpowiedni sposób i na odpowiednim poziomie świadomości, a także słaba zgłaszalność kobiet do ginekologa. Polskie kobiety nie mają nawyku poddawania się corocznym badaniom kontrolnym, które są kluczowe w profilaktyce chorób nowotworowych. Podczas takiego badania oprócz wywiadu przeprowadzana jest cytologia, badanie piersi, badanie usg narządów rodnych przezpochwowe, a pacjentki są również kierowane na usg piersi lub mammografię.

Wróciła sprawa in vitro, minister zdrowia zapowiedział, że będzie finansowane tylko do połowy roku.

Jednocześnie powołał zespół, który ma się zająć sprawami prokreacji w Polsce i problemem leczenia niepłodności. Już na pierwszym spotkaniu tego zespołu wnioskowano o odrzucenie światopoglądowego podejścia do tematu. In vitro jest tylko jedną z metod leczenia niepłodności, jeśli jednak wszystkie inne zawiodą, nie można jej wykluczyć. Jeśli kobieta nie ma jajowodów lub mężczyzna nie produkuje plemników, poza in vitro nie mają żadnej szansy na potomstwo. Czym innym jest więc brak finansowania tej metody, a czym innym zakazanie jej stosowania i nie sądzę, aby do tego doszło. Dzięki programowi in vitro urodziło się w Polsce 4,2 tys. dzieci i są to na pewno dzieci chciane, wyczekiwanie i – jak sądzę – nie mniej kochane przez Pana Boga.

Jak widzi pan przyszłość Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego?

Zamierzamy dokonać wielu zmian statutowych, organizacyjnych, merytorycznych, które zachęcą do większej aktywności. Jedną z pierwszych było zmniejszenie liczebności Zarządu Głównego, otwarcie własnej siedziby z biurem, archiwum i miejscem, gdzie można się spotykać. Uruchomiliśmy też stałą współpracę z kancelarią prawną, która ma pomagać członkom naszego towarzystwa w rozwiązywaniu problemów związanych z roszczeniami pacjentów. Zajęliśmy się też ubezpieczeniami dla naszych członków. Położnictwo to dziedzina, gdzie liczba roszczeń wciąż rośnie i jest niezbędne zabezpieczenie się poprzez dobre ubezpieczenie. Utworzyliśmy też Akademię Przyszłego Specjalisty, która ma pomagać specjalizującym się poprzez organizowanie nieodpłatnych kursów i szkoleń praktycznych. Powołaliśmy Klub Młodych Naukowców. Dla najlepszych będziemy fundować staże naukowe za granicą, nagrody w formie refundacji kosztów pobytu na międzynarodowych konferencjach. Wchodzimy w zupełnie nowy etap, chcemy iść z duchem czasu i ewoluować w dobrym kierunku – tak, aby ginekolodzy i położnicy naprawdę chcieli należeć do PTG. Chcemy, aby nasze towarzystwo odzyskało dawny blask. ■

Nowa piramida żywienia

Z prof. dr. hab. **Mirosławem Jaroszem**, dyrektorem Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie, rozmawia **Mariusz Tomczak**.



Instytut Żywności i Żywienia opublikował nową Piramidę Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej. Dlaczego u podstawy znalazły się różne formy aktywności fizycznej, a nie – jak dotychczas – konkretne produkty?

Prawidłowe żywienie i aktywność fizyczna są niezbędne dla zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia – zarówno w przypadku dorosłych, jak i dzieci oraz młodzieży. To czynniki, które powinny być traktowane łącznie. Przestrzeganie tylko zaleceń żywieniowych, bez odpowiedniej aktywności fizycznej, nie wystarczy. Już w piramidzie z 2009 r. zwrócono uwagę na znaczenie aktywności fizycznej. Teraz uczyniliśmy krok dalej, na co wskazuje nazwa nowej piramidy i podkreślenie, że obok żywienia ważna jest codzienna aktywność fizyczna.

Produkty zbożowe zostały zdekonizowane przez warzywa i owoce. Skąd ten „awans”?

Najnowsze badania wskazują, że warzywa i owoce powinny być podstawą naszej diety, przy tym najlepiej, żeby warzyw było trzykrotnie więcej niż owoców. Ze względu na dużą zawartość składników bioaktywnych (witamin, składników mineralnych, polifenoli, błonnika) mają one szczególne znaczenie przy zapobieganiu m.in. chorobom układu krążenia, cukrzycy typu 2 i wielu nowotworom złośliwym, czyli chorobom odpowiedzialnym za znaczną część zgonów w naszej populacji. Ważne jest nie tylko, żeby organizm otrzymał wystarczająco

jąco ilość warzyw i owoców, lecz także z odpowiednią częstotliwością – przynajmniej pięć razy dziennie. Każda jednak większa ilość i liczba porcji przynosi dodatkowe korzyści zdrowotne. U osób w starszym wieku warzywa i owoce poprawiają funkcje poznawcze oraz pamięć, natomiast u dzieci są ważne dla rozwoju mózgu. Nieprawdą jest, co można usłyszeć w wielu komentarzach, że nowa piramida zmniejsza rolę produktów zbożowych w diecie. Nadal utrzymane są zalecane ilości porcji produktów zbożowych, zwłaszcza pełnoziarnistych. Zamiana miejsc w piramidzie między warzywami i owocami a produktami zbożowymi ma na celu zwrócenie uwagi na szczególną rolę warzyw i owoców w diecie człowieka.

Jakie miejsce w diecie powinny zajmować nabiał i produkty mięsne?

Zaleca się, żeby codziennie spożywać co najmniej dwie porcje produktów mlecznych. Produkty te są bardzo dobrym źródłem białka, wapnia, a także innych składników mineralnych i wielu witamin. Warto zadbać, aby w diecie znalazło się nie tylko mleko, lecz także fermentowane napoje mleczne, takie jak: kefir, jogurt, maślanka, najlepiej naturalne, ze względu na obecność bakterii probiotycznych. Z serów częściej należy wybierać sery twarogowe, rzadziej podpuszczkowe, odznaczające się większą zawartością tłuszczu i soli. Mięso i produkty mięsne nie muszą być spożywane codziennie. Szczególnie powinno się ograniczać spożycie mięsa czerwonego i mięsa przetworzonego. Mięso można zastąpić nasionami roślin strączkowych, takich jak groch, fasola, ale także soczewica czy soja, oraz jajami. W tej samej grupie, co mięso uwzględniono też ryby, które powinny znaleźć się w naszej diecie przynajmniej dwa razy w tygodniu. Jeśli komuś wyjątkowo trudno jest zrezygnować z posiłku zawierającego mięso, to może spożywać dania, gdzie dodatek mięsa będzie nieduży, np. warzywno-mięsne.

Czy trzeba całkowicie zrezygnować z ciast, batoników i słonych przekąsek?

Obecnie jeszcze bardziej podkreśla się konieczność ograniczania spożycia cukru, soli i tłuszczu. Cukier i sól to produkty, których najlepiej nie dodawać do potraw, albo w znacznym stopniu ograniczyć ich dodatek. Całkowicie powinno się wyeliminować dosalanie lub dosładzanie gotowych potraw, a także dodawanie cukru do napojów. Najlepiej również unikać spożywania słodczy i słonych przekąsek, ewentualnie spożywać je rzadko

FOTO: IŻŻ

i w bardzo niewielkich ilościach. Kakao czasem może znaleźć się w naszej diecie, ale, podobnie jak w przypadku innych napojów, bez dodatku cukru. W to miejsce można dodać przyprawy, np. wanilię, cynamon, kardamon. Zmniejszając spożycie tłuszczu, powinniśmy szczególnie ograniczać udział tłuszczu zwierzęcego w diecie, wybierając produkty mleczne o mniejszej zawartości tłuszczu, chude gatunki mięsa i używając tłuszczu roślinnego jako dodatku do potraw.

W piramidzie po raz pierwszy umieszczono zioła i orzechy...

Zioła i inne przyprawy są obecne w diecie człowieka od wielu tysięcy lat. Były stosowane jako substancje wzbogacające smak i zapach żywności, zwiększające jej trwałość, ale także ze względu na korzystne działanie zdrowotne. Zawarte w nich fitozwiązki wykazują działanie antyoksydacyjne, zmniejszają stan zapalny, poprawiają metabolizm cholesterolu oraz mają właściwości bakterio- i wirusobójcze. Ich dodawanie do żywności pobudza apetyt i ułatwia trawienie. Stosowanie przypraw pozwala na ograniczenie dodatku soli do potraw. Szczególnie polecane są: oregano, tymianek, majeranek, bazylię, rozmaryn, a z innych przypraw: czosnek, chrzan, kmień, cynamon, imbir. Orzechy są dobrym źródłem kwasów tłuszczowych nienasyconych, białka roślinnego, steroli roślinnych, błonnika, antyoksydantów. Dodatek do codziennej diety orzechów, w tym również należących do tej grupy migdałów, korzystnie wpływa na zdrowie, zmniejszając zagrożenie chorobami układu krążenia czy nowotworami. Zwykle zaleca się spożywanie kilku sztuk dziennie. Ponieważ orzechy są dosyć kaloryczne, nie powinny być spożywane w nadmiernych ilościach przede wszystkim przez osoby zagrożone nadwagą lub otyłością. Ze względu na większą zawartość kwasów tłuszczowych nienasyconych omega-3 szczególnie polecane są orzechy włoskie. Poza orzechami warto do diety włączyć również nasiona słonecznika czy dyni.

Dlaczego w nowej piramidzie znalazła się herbata i kawa?

To może być trochę zaskakujące, ponieważ przez wiele lat kawa utożsamiana była raczej z niekorzystnymi skutkami zdrowotnymi. Ostatnie dziesięciolecie dostarczyło jednak wielu przeciwnych danych naukowych. Umiarkowane picie naparów kawy i herbaty, poprzez zawarte w nich silne związki polifenolowe, wzmacnia potencjał antyoksydacyjny organizmu i może zmniejszać ryzyko wielu chorób. Najwięcej dowodów dotyczy dzisiaj wpływu kawy na hamowanie rozwoju cukrzycy typu 2, nowotworów wątroby, jelita grubego oraz choroby Parkinsona i Alzheimera. Ilość tych danych jest tak duża, że coraz więcej krajów decyduje się stwierdzać, że umiarkowane picie kawy może stać się elementem racjonalnej, prozdrowotnej diety. Oczywiście mówimy tu o kawie naturalnej. Kawa zbożowa to zupełnie inny rodzaj produktu,

czyli tzw. imitacja kawy. W literaturze brak jest badań dotyczących jej wpływu na zdrowie, co absolutnie nie oznacza, że napój taki nie posiada korzystnych właściwości. Najbardziej zalecane jest parzenie kawy przy użyciu filtrów, które zatrzymują związki podnoszące stężenie cholesterolu i homocysteiny. Ponadto należy pamiętać o unikaniu dodatku składników smakowych, jak cukier czy śmietanka. Podnoszą one kaloryczność naparu i pulę niekorzystnych składników w diecie. W świetle aktualnego stanu wiedzy trochę korzystniej rysuje się herbata zielona, o większej zawartości katechin – silnych związków przeciwutleniających. Należy jednak zaznaczyć, że literatura światowa zdominowana jest publikacjami na temat herbaty zielonej, pochodzącymi z krajów azjatyckich, natomiast danych dotyczących herbaty czarnej jest zdecydowanie mniej.

Jaka jest zależność pomiędzy sposobem żywienia a długością życia?

Rosnąca długość życia Polaków w ostatnich dziesięcioleciach, zwłaszcza jej szybki wzrost od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia, była związana w istotnym stopniu z pozytywnymi zmianami w żywieniu Polaków, zwłaszcza ze wzrostem spożycia warzyw i owoców oraz tłuszczów roślinnych, ze zmniejszeniem spożycia mięsa czerwonego, tłuszczów zwierzęcych i soli oraz zwiększoną zawartością w diecie witamin C, β -karotenu, E i D. Nadal jednak długość życia w Polsce jest mniejsza niż w wielu krajach Unii Europejskiej, a często dłuższemu życiu nie towarzyszy dobry stan zdrowia. Mimo korzystnych zmian, o których wspomniałem, dieta Polaków pod wieloma względami wymaga jeszcze poprawy. Ponadto prozdrowotne zmiany w diecie muszą być wspierane przez poprawę aktywności fizycznej. Temu służy m.in. Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej oraz towarzyszące jej zalecenia.

Spróbujmy jeszcze wybiec w przyszłość: jak Polacy będą odżywiać się za 30 lat?

Bardzo byśmy chcieli, żeby w najbliższych i kolejnych latach były kontynuowane korzystne tendencje w diecie, żeby Polacy wyzbyli się nieprawidłowych nawyków żywieniowych i w większym niż do tej pory stopniu przestrzegali zaleceń. Nie stanie się to jednak samo z siebie. Wprawdzie coraz więcej osób interesuje się swoją dietą, jednak wiedza o prawidłowym żywieniu w naszym społeczeństwie jest zbyt mała. Stąd niezwykle ważne jest upowszechnianie zasad prawidłowego żywienia wśród jak najszerszej grupy odbiorców. W Instytucie Żywności i Żywienia planowane jest utworzenie Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej, którego działalność powinna ułatwić powszechną edukację żywieniową społeczeństwa. Edukacji jednak muszą towarzyszyć jeszcze inne działania, najlepiej o charakterze programów rządowych, wspierające realizację zaleceń żywieniowych w praktyce. ■

Co pacjenci myślą o lekarzach?

Joanna
Turkiewicz

Anna
Sitek

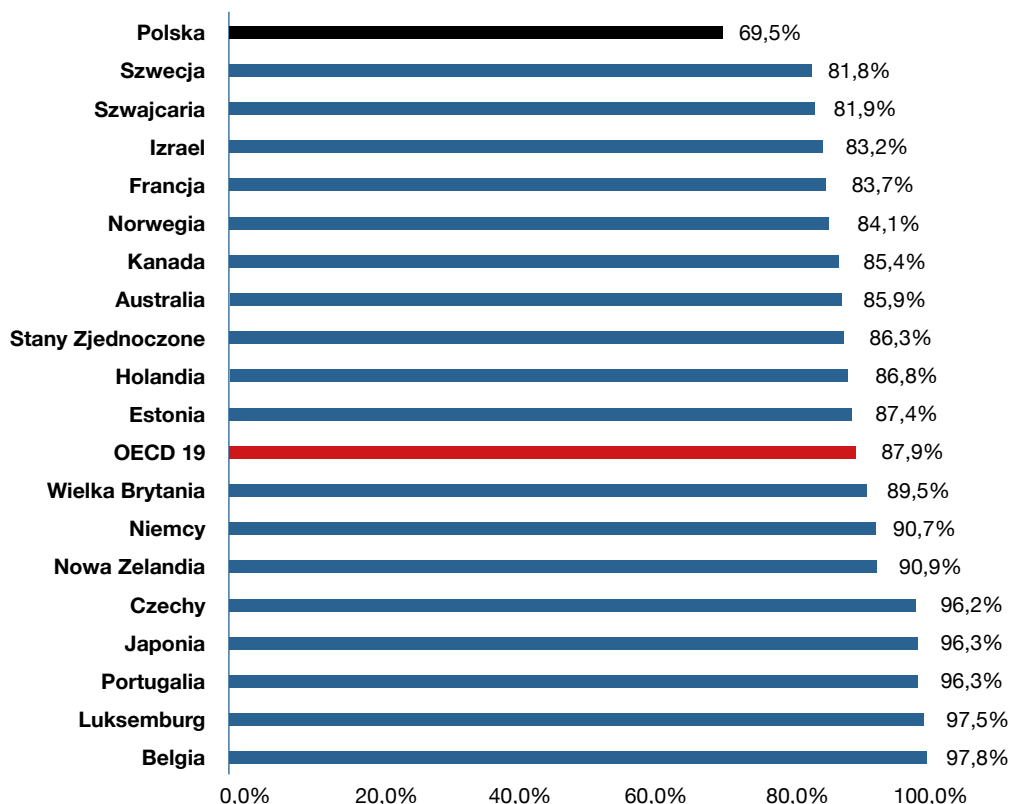
W ostatnich latach dużą popularnością cieszą się portale, na których można dokonać oceny i wystawić opinię lekarzowi. Pacjenci bardzo często przed wizytą (szczególnie przed pierwszą) sprawdzają, jakie doświadczenia mieli z danym lekarzem inni pacjenci. Jaka jest zatem opinia pacjentów o lekarzach?

W badaniach wskazywane są braki w umiejętnościach komunikacyjnych lekarzy, wynikające głównie z niewielkiej liczby (lub w ogóle braku) zajęć związanych z nabywaniem tych kompetencji w trakcie studiów. W raporcie „Polacy o lekarzach” poruszono zagadnienie rozmów z pacjentami. Na pytanie: „Czy lekarze potrafią rozmawiać z pacjentami”, 67% respondentów odpowiedziało przecząco [Szymański, 2015].

Zagadnienie komunikacji lekarza i pacjenta porusza również raport OECD, zgodnie z którym Polska jest na ostatnim miejscu w kwestii pozytywnej oceny możliwości zadawania pytań lekarzowi oraz dzielenia się wątpliwościami. Osiągnięto wskaźnik 33,6% przy średniej OECD dla badanych 19 krajów wynoszącej

85%. Na niniejszą ocenę składa się szereg czynników i mimo że dotyczy ona w pewien sposób relacji z lekarzem, ma na nią wpływ również dostępność służby zdrowia, czas wizyty, a także sama postawa pacjentów. Należy zatem poniższe wyniki analizować z dużą dozą ostrożności [OECD].

Kolejną interesującą kwestią, uwzględnioną w badaniu OECD, jest zrozumiałość udzielanych przez lekarza wyjaśnień. Tym razem Polskę od średniej OECD dzieli niecałe 20%, ale i tak znajduje się na ostatnim miejscu. Polskim lekarzom brakuje kompetencji miękkich, tj. m.in. umiejętności rozmowy z pacjentem, tak aby przekazywać wszelkie informacje w sposób, który ułatwi ich zrozumienie i zapamiętanie.



Wykres 1. Pozytywne odpowiedzi na pytanie o to, czy lekarz udziela zrozumiałych wyjaśnień [OECD, 2015].

Badano również opinię polskich pacjentów w kwestii profesjonalizmu i kompetencji lekarzy oraz podejścia lekarzy do pacjenta (oceny można było dokonać w pięciostopniowej skali). Sposób prowadzenia rozmowy, rozumienie problemu oraz czas poświęcony pacjentowi najlepiej zostały ocenione w województwie zachodniopomorskim, najgorzej – w mazowieckim. Dokonując porównania niniejszych danych z danymi ubiegłorocznymi, można zauważyć, iż podejście lekarza do pacjenta zostało ocenione we wszystkich województwach lepiej. Największy wzrost widoczny jest w województwie zachodniopomorskim (awans z 16. na 1. pozycję) – o ok. 38,5% [PwC].

Województwo	POZ	AOS	Średnia ocen
zachodniopomorskie	4,02	4,01	4,01
podlaskie	3,82	3,94	3,88
małopolskie	3,69	3,91	3,80
kujawsko-pomorskie	3,83	3,67	3,75
śląskie	3,86	3,61	3,73
dolnośląskie	3,73	3,73	3,73
wielkopolskie	3,68	3,77	3,72
lubelskie	3,78	3,67	3,72
opolskie	3,60	3,78	3,69
warmińsko-mazurskie	3,71	3,65	3,68
lubuskie	3,61	3,68	3,64
świętokrzyskie	3,52	3,71	3,61
podkarpackie	3,75	3,46	3,60
łódzkie	3,49	3,30	3,56
pomorskie	3,40	3,64	3,52
mazowieckie	3,41	3,54	3,47

Tabela 1. Profesjonalizm i kompetencje lekarzy [PwC].

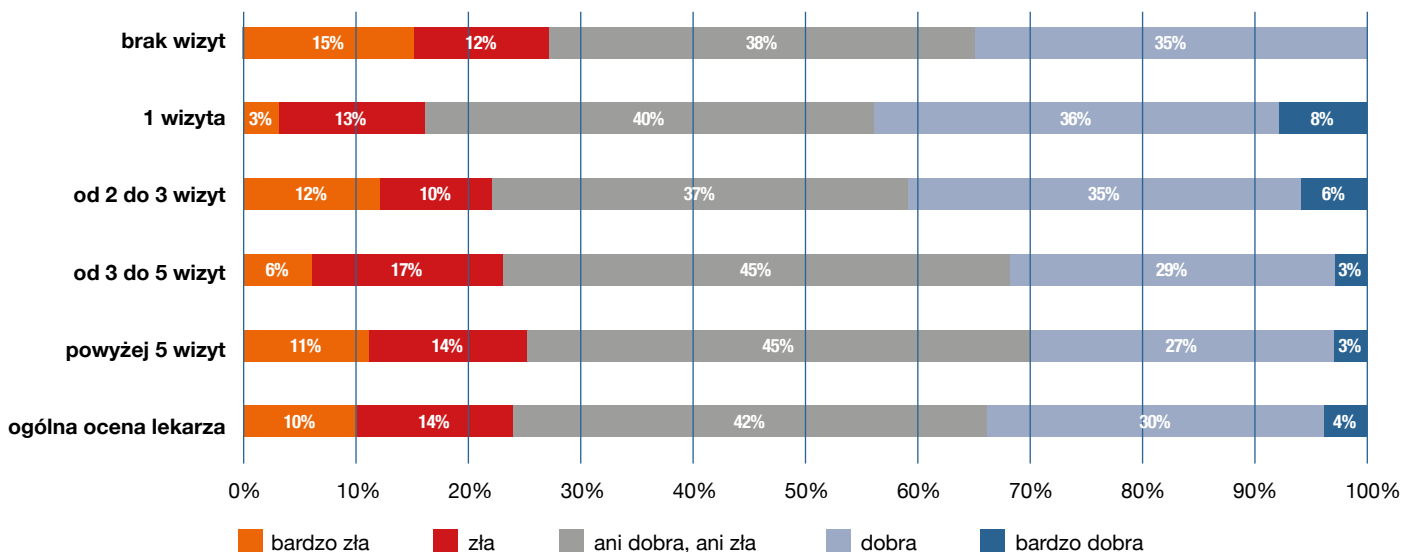
We wszystkich województwach średnia ocen profesjonalizmu lekarskiego uległa poprawie względem 2014 r. Największy wzrost procentowy odnotowujemy w województwie zachodniopomorskim (o ok. 22%, awans z 5. na 1. miejsce) [PwC, 2015]. Najlepiej oceniani przez pacjentów w tej kategorii byli lekarze z województwa zachodniopomorskiego, najgorzej zaś z mazowieckiego.

Pacjenci zostali również zapytani o to, czy lekarze znają się na tym, co robią. Niespełna 70% respondentów ocenia kompetencje lekarzy pozytywnie. Trzech na dziesięciu badanych oceniło przygotowanie lekarzy negatywnie. Najlepiej kompetencje lekarzy oceniają młodzi pacjenci (80% osób poniżej 24 roku życia dokonało pozytywnej oceny). Co ciekawe, lepszej oceny dokonali pacjenci leczący się w systemie publicznym (69%) niż w prywatnym (63%).

Najlepszą opinię na temat lekarzy posiadają osoby, które w ciągu ostatniego roku odwiedziły lekarza tylko raz (ocenę dobrą i bardzo dobrą wystawiło łącznie 44% respondentów). Ocena spada wraz ze wzrostem liczby wizyt, ale zdecydowanie najgorszą ocenę wystawili lekarzom pacjenci, którzy w ciągu ostatniego roku lekarza nie odwiedzili ani razu (27% respondentów). Prawdopodobnie świadczy to o tym, że formułowanie opinii na podstawie przekazów medialnych i zasłyszanych informacji o ochronie zdrowia i o lekarzach powoduje opinie gorsze niż wówczas, gdy pacjenci opierają je na własnym doświadczeniu.

Z wielu badań poruszających tematykę oceny lekarzy przez pacjentów wynika, że jest ona zróżnicowana i zależy m.in. od typu placówki, w jakiej lekarz pracuje, regionu oraz od posiadanych przez lekarza umiejętności porozumiewania się. Potrzebne jest wdrażanie w Polsce nowego modelu relacji lekarz-pacjent, który będzie wychodził naprzeciw potrzebom lekarzy i pacjentów, prowadząc do lepszego spełniania oczekiwań i poprawy zaufania pomiędzy pacjentami a lekarzami. ■

Na podstawie raportu „Lekarze w badaniach opinii społecznej w 2015 roku”. Pełny raport dostępny: http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0018/104148/Raport-Lekarze-w-badaniach-opinii-spolecznej-w-2015-roku.pdf.



Wykres 2. Ocena lekarzy ze względu na ocenę odbytych wizyt [Szymański, 2015].



**Maria
Domagała**

Prawa pacjenta (część 1)

W najbardziej ogólnym ujęciu podstawowe prawo pacjenta to możliwość decydowania o sobie samym i bycia aktywnym uczestnikiem systemu ochrony zdrowia. W ujęciu szczegółowym na prawa pacjenta składa się wiele konkretnych elementów rozmaitej natury.

Podstawą jest Europejska Karta Praw Pacjenta z 2002 r., opracowana przez organizacje konsumentów i pacjentów skupione w Sieci Aktywności Obywatelskiej.

Jedna Karta, 14 praw

Dokument ma statut zalecanych praktyk*. Opiera się na założeniach Deklaracji Promocji Praw Pacjenta w Europie przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia w 1994 r. Zgodnie z Deklaracją podstawowym prawem pacjenta jest decydowanie o sobie samym. Z kolei podstawowym celem Europejskiej Karty Praw Pacjenta jest zachęcenie pacjentów do odgrywania aktywnej roli w systemie ochrony zdrowia.

Karta Praw Pacjenta wymienia 14 podstawowych praw, są to m.in. prawa do dostępu do profilaktyki i opieki medycznej, informacji, bezpiecznych i dobrej jakości usług, leczenia zgodnie z potrzebami, prawo do wyrażania zgody na zabiegi, wyboru, prywatności i poufności, składania zażaleń i uzyskania rekompensaty.

Różne podejścia i rozwiązania

W systemach prawnych różnych krajów prawa pacjenta są usytuowane w sposób odmienny, nie wszędzie też są zebrane i opisane w odrębnym centralnym akcie.

Na przykład w Niemczech jeszcze do niedawna prawa pacjenta były rozproszone w aktach federalnych (kodeks socjalny, cywilny, karny), kodeksach zawodowych, regulacjach odnoszących się do kas chorych, organizacji pacjentów, ministerstw, rzecznika praw obywatela. Dopiero ustawa o prawach pacjenta z 2013 r. skupiła prawa związane z ochroną zdrowia, praktyką udzielania opieki, informacją, świadomą zgodą, prawach i obowiązkach pacjentów i lekarzy. Pacjent w Niemczech ma prawo do swobodnego wyboru lekarza i szpitala, uzyskania tzw. drugiej opinii, leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną i przyjętymi standardami, własnej decyzji o rodzaju leczenia i kontynuacji, porozumiewania się z lekarzem w zrozumiałym dla siebie języku (np. migowym, arabskim), refundacji kasy chorych, informacji o proponowanym leczeniu, indywidualnej informacji o uprawnieniach jako ubezpieczonego. Ma prawo wglądu do swoich dokumentów medycznych, do poufności danych, do zadośćuczynienia za szkodę wynikłą z błędu medycznego. Odrębnym dokumentem jest karta praw osób wymagających długotrwałej opieki i pomocy (2003); szczególnie mocno akcentuje ona prawo pacjenta do decydowania o sobie, fizycznej i psychicznej integralności, bezpieczeństwa, prywatności, leczenia i opieki, również paliatywnej.

W Norwegii ustawę o prawach pacjenta przyjęto wcześniej – w 1999 r., była kilkakrotnie uzupełniana. Wyodrębniono w niej trzy grupy praw: prawa do bycia pacjentem (do opieki bez względu na koszty i aktualne priorytety, spełniającej standardy jakości i bezpieczeństwa); prawa pacjenta (bycie poinformowanym, wybór, decydowanie i uczestnictwo, wgląd do informacji medycznej); prawa proceduralne, np. rewizji, odmowy terapii. Wszelkie niezbędne informacje, także o możliwym ryzyku i skutkach ubocznych powinny być podane w sposób zrozumiały dla pacjenta; ma też prawo do drugiej opinii.

W Hiszpanii najważniejsze prawa pacjenta zostały ujęte w akcie rangi ustawowej jeszcze wcześniej – w 1986 r. Przyjęta wówczas ustawa o ochronie zdrowia zawiera m.in. prawa do bycia poinformowanym, poszanowania godności i prywatności, niedyskryminacji, dostępu do informacji o usługach i o stanie zdrowia, wyboru profesjonalisty, metody leczenia, wydania zgody na zabieg, do odmowy, wnoszenia skarg, otrzymania szczegółowego wypisu szpitalnego, odpowiednich leków. Prawa te odnoszą się także do lecznictwa prywatnego. Rozwinięciem i uzupełnieniem tego aktu była ustawa z 2002 r. o autonomii, prawach i obowiązkach pacjenta, która dotychczasowy katalog uzupełniła o regulacje odnoszące się do informacji i dokumentacji. Informacja dostępna dla pacjenta dotyczy nie tylko indywidualnych danych klinicznych, ale też schematów postępowania, umożliwia więc wybór lekarza i ośrodka oraz uzyskanie drugiej opinii. Oblicuje władze zdrowotne do kontroli poszanowania tych praw, zwłaszcza reguluje zarządzanie bazami danych medycznych, ograniczając dostęp dla osób trzecich, uprawnia też pacjentów do otrzymania kopii. Na podstawie tego aktu prowincje rozwijają własne karty praw i obowiązków pacjentów. W większości prowincji powołano rzeczników praw pacjenta, których raporty mają duże znaczenie.

Prawa francuskiego pacjenta reguluje ustawa o prawach pacjenta i jakości opieki z 2002 r. I tak ma on być poinformowany o procesie opieki w sposób wiarygodny i zrozumiały, jego zgoda na zabieg musi być potwierdzona podpisem, ma też wgląd w swoje dane medyczne. W szpitalu otrzymuje broszurę o prawach pacjenta, w egzekwowaniu których może liczyć na pomoc osoby kompetentnej. Przestrzeganiu praw pacjentów sprzyja we Francji aktywność silnych organizacji pacjenckich.

Co należy się pacjentowi od publicznej służby zdrowia, określono w Anglii już w chwili powstania

NHS (1948) – pacjenta zdefiniowano jednak wówczas jako biernego odbiorcę świadczeń zdrowotnych. Zmieniła to dopiero w 2010 r. Konstytucja NHS, w której wymieniono prawa pacjenta, społeczeństwa, personelu medycznego. I tak prawa pacjenta odnoszą się do następujących obszarów: dostęp do usług (opieka bezpłatna, odpowiednia, bez zbędnej zwłoki, na miejscu i w razie potrzeby wszędzie w Europie, bez dyskryminacji); jakość opieki: ogólnokrajowe standardy leczenia, leków, programów; szacunek i poufność (akceptacja odmowy leczenia, informacja o proponowanym leczeniu i związanym z nim ryzyku, dostęp do danych); świadomy wybór (lekarza, placówki, a do tego informacja ułatwiająca wybór); współ-

tów promują prawa pacjenta, jednak gdy pieniądze się kończą, działania wygasają. Przykładem pewnej poprawy oraz potwierdzeniem respektowania standardów europejskich było zdelegalizowanie profilaktycznego krępowania pacjentów psychiatrycznych i sterylizacji romskich kobiet (2005).

Węgierska ustawa o zdrowiu z 1997 r. zebrala podstawowe prawa pacjenta, ustanowiła reprezentantów pacjenta w szpitalach i ośrodkach zdrowia oraz instytucję rozwiązującą konflikty między pacjentami i świadczeniodawcami – Fundację Praw Pacjenta. Chociaż rzeczniczy pracują (w 2010 r. ok. 50 obsługiwało blisko 200 placówek), to według Krajowej Rady Zdrowia respektowanie praw pacjenta jest niezadowolające, zwłaszcza w zakresie poszanowania godności, prawa do odpowiedniej opieki i informacji.

W Polsce jest ustawa

Podstawowe prawa pacjenta po raz pierwszy ujęto w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (1991), pozostałe były rozproszone w wielu aktach prawnych, np. dotyczących zawodów medycznych, funkcjonowania NFZ. Wspomniane wyżej międzynarodowe dokumenty: Europejska Karta Praw Pacjenta oraz Deklaracja Promocji Praw Pacjenta w Europie, były również punktem odniesienia w formułowaniu różnych zbiorów uprawnień świadczeniobiorców. W całość zebrala je Karta Praw Pacjenta z 1998 r., która jednak nie była źródłem prawa. Dopiero ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 2009 r. skupiła w jednym akcie wszystkie rozproszone prawa pacjenta. Poza pełnym katalogiem praw ustawa definiuje zasady dostępu do dokumentacji medycznej, nakłada na świadczeniodawców obowiązek respektowania praw pacjenta, określa kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta. Rzecznik działa niezależnie od Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ, zapewniając ochronę praw oraz wsparcie w korzystaniu z nich. Rozpatruje przypadki naruszenia zbiorowych i indywidualnych praw pacjenta, bierze udział w związanych z nimi procesach cywilnych, analizuje skargi, ma prawo karać finansowo naruszających pacjenckie prawa. Są wydziały spraw świadczeniobiorców w oddziałach wojewódzkich NFZ; ich zadania to badanie, czy świadczenia są udzielane z poszanowaniem praw pacjenta, pomoc w razie ich naruszenia, podejmowanie interwencji.

W swoim raporcie** Rzecznik Praw Pacjenta uznał, że stopień przestrzegania praw pacjenta w 2014 r. był niezadowolający. Wskazywał na konieczność poprawy w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych, warunków ich udzielania oraz bezpieczeństwa pacjentów.

O innych prawach pacjenta w kolejnym artykule. ■

udział (w planowaniu i prowadzeniu terapii); skarga i żądanie odszkodowania w razie szkody. Szeroko kolportowany podręcznik o Konstytucji NHS zawiera też rady i wskazówki dla pacjenta, np. gdzie i jak zgłaszać przypadki pogwałcenia praw.

W Słowacji teoretycznie, na Węgrzech niezadowolająco

Dla zilustrowania sytuacji w nowych krajach Unii Europejskiej charakterystycznym przykładem może być Słowacja; teoretycznie respektuje się tam prawa wymienione w Europejskiej Karcie Praw Pacjenta, ale do dziś są one rozrzucone w różnych dokumentach. Wydział ds. praw pacjenta w resorcie zdrowia, oferujący konsultacje i informację, funkcjonuje w ograniczonym zakresie. W placówkach ochrony zdrowia nie ma rzeczników pacjentów. Aktywność organizacji pacjenckich jest różna i zależna od siły głosu reprezentowanych pacjentów i finansowania – ogólnie biorąc, jej poziom jest słaby. Świadomość praw zarówno wśród pacjentów, jak i profesjonalistów medycznych jest niska. Programy finansowane z różnych gran-

Na podstawie: Health System Review: France 2010, Germany 2014, Hungary 2011, Norway 2013, Polska 2012, Slovakia 2011, Spain 2011, United Kingdom 2011.

* <http://www.prawapacjenta.eu/>
** Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium RP w 2014 r.



Joanna
Sokołowska



FOTO: Adobe Stock

Ślepy i kulawy

Posiadanie własnych poglądów i możliwość ich głoszenia są prawem niezbywalnym. Żle się jednak dzieje, gdy dochodzi do sytuacji takiej, jak w bajce Ignacego Krasickiego, w której ślepy niósł kulawego.

Ich marsz przebiegał pomyślnie dopóty, dopóki ślepy ufał wskazówkom kolegi. Gdy zażądał zmiany ról, postanowił zastąpić wzrok własną intuicją i poszukać bezpiecznej drogi po omacku za pomocą kija. Zginęli obaj, wpadając do dołu.

By swobodnie głosić swoje poglądy, najlepiej zostać parlamentarzystą. Oczywiście nie jest to łatwe. Zwłaszcza w kraju, w którym odmiennosc poglądów i walka z systemem (lub walka w ogóle) jest zapisana w narodowych chromosomach. Teoretycznie wystarczy zebrać grupę podobnie myślących osób, a potem przekonać – jeszcze większą grupę – o ich słuszności. I, jako się rzekło, trzeba walczyć! Kto jednak, choć raz wziął udział na przykład w szkolnym zebraniu rodzicielskim, wie, jak trudno zostać Wallenrodem. Tych, którzy tego nie doświadczyli, zapewniam że trzeba być lisem i lwem jednocześnie, żeby przekonać grupę sympatycznych rodziców obojga płci o tym, że... właściwie o czymkolwiek. Niezależnie od tego, czy będzie to wybór koloru okładek zeszytów, czy celu klasowej wycieczki, zawsze powstaną co najmniej dwa obozy, których wrogość będzie odwrotnie proporcjonalna do wagi rozważanej kwestii. Zawsze też znajdzie się „samotny śpiewak”, rodem z „Murów” Jacka Kaczmarskiego, który ogłosi w pewnym momencie zebrania, że właściwie te zeszyty, w okładkach lub bez nich, są w ogóle niepotrzebne... Taki klimat! Korzystając z własnych

matczyńskich doświadczeń oraz pewnych obserwacji życia samorządu lekarskiego, chylę więc czoła przed każdym, kto zdecyduje się poświęcić swój czas, zdrowie i dobre imię tak zwanej działalności społecznej.

Niektórych droga wiedzie więc aż na warszawską ulicę Wiejską! Zaszczytu tego dostępują z pewnością ci, którzy zasługują na miano „primus inter pares” swojej społeczności – najlepsi z nas. [Mając na uwadze wspomnianą już, narodowo uwarunkowaną skłonność do sporów, z góry proszę wszystkich, którzy mają zgoła odmienne zdanie, o odłożeniu dyskusji na inną okazję]. Po prostu przyjmijmy, że tak jest – wybraliśmy najlepszych – specjalistów w swoich dziedzinach, najmądrzejszych i najważniejszych w głoszeniu własnych, ale przecież równocześnie naszych, poglądów.

Wychodząc z powyższego założenia, ze zdumieniem przeczytałam informację o powstaniu Parlamentarnego Zespołu do spraw Bezpieczeństwa Programu Szczepień Ochronnych Dzieci i Dorosłych.

Zespoły parlamentarne, których w tej kadencji doliczyłam się około osiemdziesięciu, nie mają może zbyt wielkiego wpływu na pracę parlamentu. Pokazują jednak poglądy naszych przedstawicieli, więc mają pewną siłę opiniotwórczą. Zrzeszają posłów i senatorów związanych z określonym rejonem kraju, miłośników wybranych dyscyplin spor-

towych, mających wspólne zainteresowania zawodowe czy społeczne.

Idea uwolnienia z ustawowego obowiązku podania się szczepieniom ochronnym połączyła czterech panów posłów – muzyka z wykształceniem technicznym budowlanym, dziennikarza – absolwenta filologii polskiej, technika informatyka oraz właściciela biura podróży. Ponieważ żaden z nich nie deklaruje, poza własnymi doświadczeniami rodzicielskimi i wrażliwością na potrzeby społeczne, wiedzy fachowej, zaprosili na swoje pierwsze posiedzenie eksperta – Justynę Sochę, liderkę Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP – z zawodu agentkę ubezpieczeniową, z zamiłowania działaczkę promującą tak zwany zdrowy tryb życia. Tym samym, powyższy zespół zdefiniował się jako grupa uznająca szczepienia za niosące niekorzystne efekty zdrowotne. Mimo tego, że w sejmowych i senackich ławach zasiada całkiem spora grupa parlamentarzystów z wykształceniem medycznym, a osoby zaangażowane w tworzenie i promowanie idei szczepień ochronnych zawsze chętnie udzielają wyjaśnień – na razie ich o zdanie nie zapytano.

Żaden z panów posłów, chętnie wypowiadających się w mediach, nie wspomina, a może po prostu żaden z nich nie wie, że tak zwane obowiązkowe szczepienia, to w istocie działania finansowane przez państwo, mające zapewnić odporność populacyjną. Państwo zaś, gwarantując ich wykonanie, ponosi odpowiedzialność i ma prawo wymagać od obywateli zastosowania się do przyjętych, zgodnych z obowiązującą wiedzą medyczną, zasad. Tak działa solidarność społeczna – w tym wypadku związana z wspólnym dobrem ochrony przed chorobami, niosącymi ryzyko śmierci lub kalectwa. Kto tego nie rozumie – nie powinien tego państwa reprezentować. I tu nie chodzi o poglądy. To kwestia wiedzy albo jej braku.

Powstanie zespołu negującego zasadność obowiązku szczepień ochronnych napawa niepokojem mnie, jako osobę codziennie te szczepienia wykonującą. Zapewne obudzi lub wzmocni niepotrzebny strach także w rodzicach najmniejszych i najbardziej bezbronych pod względem epidemiologicznym pacjentów.

Mój niepokój nie wynika z tego, że po raz kolejny wracamy do dyskusji nad bezpieczeństwem szczepień. Martwi mnie, że w dyskusji tej biorą udział osoby nieprzygotowane merytorycznie lub opierające się na swoich subiektywnych przekonaniach – jak ślepiec z bajki Krasickiego. Martwi mnie, bo nie wiem, czy zmęczona, kulejąca polska medycyna stawia – po raz kolejny – opór populistycznym hasłom wolności decydowania o sobie, swoich dzieciach i swoich chorobach.

Martwi mnie, bo wina – brak reakcji wobec głoszonych publicznie nonsensów – będzie także po naszej, lekarskiej stronie. „I ten winien, co kijem bezpieczeństwo mierzył,/ I ten, co bezpieczeństwa głupiemu powierzył” – pisał Krasicki. ■



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Ada Sarii w Ciechocinku

O pobycie Ady Sarii w Ciechocinku pisałem i opowiadałem przy różnych okazjach już kilkukrotnie, ale nigdy dla lekarzy, którzy wiedzą najlepiej, czym grozi nadużywanie okładów borowinowych.

Sędziwa gwiazda największych teatrów operowych kilku kontynentów, fenomenalny sopran koloratury porównywalny z Amelią Galli-Curci, Adelina Patti, Selmą Kurz, Luizą Tetrazzini, Elwirą de Hildago czy Toti dal Monte, w tym celu wybrała się w lipcu 1968 r. na kurację do Ciechocinka. Niedysiejsza partnerka Battistini, Giglietto, Schipy, Sabirowa, Szalapina i Didura, podróżując po całym świecie, blisko 40 lat mieszkała w Italii. Toteż po latach, przyjeżdżając do pensjonatu Młoda Gwardia w Ciechocinku, najpierw zapytała, gdzie tu jest salon. – U nas mamy tylko stołówkę – usłyszała od kierownika sanatorium. Szkoda – w Mediolanie był salon – skostatowała w zadumie. Mimo powojennych wielkich sukcesów pedagogicznych w roli profesora Konserwatorium Warszawskiego, pozostała postacią z innej epoki.

Okazało się, że w Młodej Gwardii rezydowały dwie inne gwiazdy operowe: przedwojenna Wanda Wermińska i powojenna Antonina Kawecka. Obie bezwzględnie złożyły hołd sędziwej Maestrze i zawarły serdeczny, koleżeński, wakacyjny sojusz, jako że ich kariery nie nachodziły na siebie, więc powodów do jakichkolwiek konfliktów nie było. Wspólne spacerowanie, posiłki, rozmowy i wzajemne komplementy. – Takiej Gildy, Rozyny, Lacme i Traviaty świat już nigdy nie usłyszy – twierdziły zgodnie Wermińska z Kawecką. Koleżanki! – rewanżowała się Ada Sarii – lepszej od was Carmen, Toski i Aidy nie było przed wojną – Wandziu – w Warszawie, a po wojnie – Tosiu – w Poznaniu.

Wspólny turnus, nomen omen w Młodej Gwardii, upłynąłby szczęśliwie, gdyby nie nagła wiadomość, że Ada Sarii z atakiem serca odwieziona została karetką pogotowia do szpitala w pobliskim Aleksandrowie Kujawskim. Obie młodsze koleżanki natychmiast wynajęły dorożkę i zaopatrzone w – ich zdaniem – niezbędne kopertowe załączniki, udały się na ratunek. Aleksandrowscy lekarze nie przyjęli tych kopert i niezwykle troskliwie zajęli się sędziwą

pacjentką, a dowiedziawszy się, że mają do czynienia z najwybitniejszą śpiewaczką w dziejach polskiej wokalistyki, opiekę i troskliwość jeszcze podwoili. Już wstępne badania wykazały, że przyczyną ataku serca była ilość zabiegów borowinowych, których Maestra – zmyliwszy nadzór pielęgniarstwa – pobrała w Ciechocinku stanowczo za dużo.

Kroczące po szpitalnych korytarzach przedwojenne i powojenne operowe heroiny były zaczepiane przez ciekawskie, odziane w szlafroki pacjentki z okolicznych wsi, jako że Aleksandrow leży w centrum rolniczych Kujaw.

Pani, podobno przywieźli tu jakąś artystkę! – Módlcie się dobre kobiety – grzmiała Wermińska swym dramatycznym sopranem. – To wielka śpiewaczka... i człowiek! A czy ona w telewizji występuje? – zapytały co bardziej rezolutne wieśniaczki, bo dla prostego ludu występ w telewizji był i dotąd jest miarą prawdziwego artyzmu. A przecież Ada Sarii ostatni raz śpiewała publicznie, kiedy jeszcze telewizji nie było.

Zgubiła ją – u artystki w każdym wieku obecne – poczucie kobiecości. Następnego ranka wbrew zakazom wstała, udała się do łazienki z torbą kosmetyków i tam podczas porannej toalety doznała ponownego – tym razem śmiertelnego – ataku serca.

Pogrążone w smutku młodsze koleżanki kupiły trumnę, ubrały i ucharakteryzowały Maestrę na wieczny spoczynek, zakryły wieko i zamówiły transport do Warszawy.

– Pani Tosiu – zasugerowała Wermińska – trzeba teraz zawiadomić Prezydenta Rzeczypospolitej. – Ależ Pani Wando, w Polsce Ludowej jest tylko Pierwszy Sekretarz. – Co pani opowiada! Przed wojną Prezydent miał wprowadzić sekretarza, ale wielkich artystów żegnał osobiście.

Ten dialog dowodzi, że młodsze koleżanki sędziwej Ady Sarii też były już z innej epoki. ■

List do redakcji

Spór o inwestycje (do Pana Doktora Sławomira Badurka)

Z przyjemnością czytuję Pana felietony w „Gazecie Lekarskiej”. Jednak Pana ostatni pt. „Nam skakać nie kazano” trochę mnie pod koniec zirytował. Po pierwsze: nie ma co nabijać się ze skakania nie-PiSowców, co jest łagodną i pogodną formą okazywania swojego niezadowolenia z posunięć obecnie rządzących, przyzna Pan, że niefortunnych. Woli Pan walenie krzyżem przez fanatyków religijno-pisowskich na Krakowskim Przedmieściu? Nie, żebym bronił Plat-

formy, zwłaszcza jeśli chodzi o ochronę zdrowia; jakiego piwa naważyli, każdy widzi. Po drugie: czy nie jest Pan świadom, że do zadłużenia państwa koalicja PO/PSL doprowadziła świadomie, żeby mieć „wkład własny” niezbędny przy pozyskiwaniu funduszy unijnych w myśl zasady, że UE dofinansuje taki a taki projekt, do takiej to a takiej wysokości, pod warunkiem, że zainwestujecie własne środki? Czasem 30%, czasem 70%, zależnie od projektu.

I brali!

W radiu zapytałem słuchaczy o najbardziej zniechęcającą zachętę, jaką zdarzyło im się w życiu usłyszeć. Coś, po czym, nawet jeśli wcześniej się chciało, to już się nie chce.

Pan Ireneusz napisał: „Pracowałem w firmie produkującej przyprawę. Żeby nas, handlowców, zmotywować do wydajniejszej pracy, dyrektor ogłosił konkurs: >Poczuj się jak dyrektor<. Zasady były proste – kto najbardziej przekroczy plan sprzedaży, będzie przez dwa tygodnie jeździł passatem tego właśnie dyrektora. My wtedy jeździliśmy fiatami seicento. Po wygraniu konkursu handlowiec musiał pojechać tymże fiacikiem do Warszawy, podpisać umowę z pełną odpowiedzialnością za limuzynę dyrektora i po dwóch tygodniach odebrać z Warszawy swój pojazd. Ja mieszkam i pracuję we Wrocławiu, do Warszawy wtedy jechało się ponad 6 godzin, robiłem więc wszystko, żeby tego nieszczęsnego konkursu nie wygrać”. Pan Ireneusz nie napisał niestety, czym w tym czasie jeździł pozbawiony limuzyny dyrektor. Jeśli jego zespół wykazał się najlepszymi wynikami w regionie, pewnie zostawał laureatem konkursu >Poczuj się jak wiceprezes< i jeździł jego BMW. Jeśli z kolei wyniki sprzedaży były marne, być może na dwa tygodnie musiał >Poczuć się jak handlowiec< i poruszać się fiatem seicento pozostawionym przez tego, który akurat czuł się jak dyrektor. Z tonu wypowiedzi mojego korespondenta wynika, że pomysł konkursu nie przypadł mu do gustu. A ja uważam, że ta zabawa ma duży potencjał wychowawczy. Trzeba tylko precyzyjnie określić wykaz stanowisk, których „poczucie” może być dla pracownika nagrodą. Albo karą. Albo jednym i drugim. Na przykład najzdolniejszy lekarz odbywający staż zostaje laureatem konkursu >Poczuj się jak dyrektor szpitala<. Ale w drugim tygodniu zabawa zmienia się w >Poczuj się jak dyrektor szpitala, który nie może się dogadać z Narodowym Funduszem Zdrowia i szarpie się o refundację<. Szacunku dla współczesnego wyposażenia ga-

binetów lekarskich można uczyć przez organizację konkursu >Poczuj się jak stomatolog w latach dwudziestych ubiegłego wieku<. Przez dwa tygodnie zwycięzca tego konkursu (lekarz najbardziej narzekający na trudne warunki pracy w przychodni) mógłby posługiwać się tylko sprzętem sprzed blisko stu lat i miałby do pomocy asystentkę, która już wtedy pracowała w gabinecie znanego wileńskiego dentysty. Biorąc pod uwagę ciągle kłopoty z dostępnością opieki medycznej w naszym kraju, na pewno znaleźliby się ludzie, którzy wystartowaliby w konkursie >Poczuj się jak pacjent stomatologa w latach dwudziestych ubiegłego wieku<. Gdyby nie było dobrowolnych chętnych, przymusowi chętni byłiby wyznaczani do wypełnienia ubytków w uzębieniu przez urzędy skarbowe. A jeśli pomimo dwóch tygodni intensywnej resocjalizacji laureat – lekarz nadal narzekałby na swoją pracę, zostawałby automatycznie zwycięzcą konkursu >Poczuj się jak wiejski kowal z Galicji, który na początku XIX wieku i konia podkuwał, i zęby wyrывał brzydkim chłopom, a w podzięcie co najwyżej starą kurę dostawał, którą w dodatku sam oskubać musiał<. Na pewno podziała.

Inny słuchacz, pan Szymon, opisał z kolei coś, co przeżyła jego koleżanka z pracy. W sklepie odzieżowym przymierzała jakiś element garderoby. Przegląda się w lustrze i nagle słyszy zachętę wypowiedzianą przez ekspedientkę:

– Pani bierze! Gorzej wyglądały i brały!

Może takie sformułowanie przyda się Państwu w codziennych kontaktach z krnąbrnymi pacjentami? Takiemu, który nie chce brać przepisanych leków, bo „... to i tak nie pomoże, a nawet pewnie zaszkodzi...”, zawsze można dodać otuchy, mówiąc:

– Pan bierze! Gorzej wyglądali i brali! ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

Ostatnio byłem w szpitalu w O. i wisi tam tablica informująca, że przeprowadzona w nim w latach 2007-2013 modernizacja, remonty i „usprzętowanie”, czego całkowity koszt wyniósł ok. 2,3 mln zł, został dofinansowany przez UE w kwocie 1,6 mln. Pozostałe ponad 700 tys. inwestor, w tym przypadku samorząd, musiał znaleźć sam. Inwestycja ta „podźwignęła ochronę zdrowia [w tym rejonie] do przyzwoitego poziomu”, co sam widziałem, a Pan właśnie postuluje pod ko-

niec swojego felietonu. Podobnie było z inwestycjami na szczeblu całego kraju, o czym informują stosowne tablice po nim licznie rozsiane. Jeśli Pan o tym nie wie i tych tablic nie widzi, to może lepiej powstrzymać się od ironizowania i zostać przy diabetologii, którą Pan zna najlepiej.

Z poważaniem,
Krzysztof Wiewiorowski (dr)

Moja ukochana medycyna

Serdeczne gratulacje z okazji Jubileuszu i życzenia dalszej owocnej pracy.

Bardzo cenię Wasze (nasze) pismo, bo zawsze zawarte są w nim wszystkie sprawy dotyczące służby zdrowia – jej bolączek, osiągnięć itp. Oczywiście mam też swoje „kąciki”, które jak perełki czytam po kilka razy.

Bardzo cieszę się, że wiele artykułów porusza sprawy lekarz – pacjent, bo to, co od kilku lat zmienia się lawinowo w służbie zdrowia, to już nie jest moja ukochana medycyna.

Ginie pacjent, ginie lekarz, giną pielęgniarki, a zostają tylko procedury i komputer. To nie jest to, czego mnie uczono na studiach, potem w pracy i co sama czułam, wykonując ten zawód.

Gdzie jest chory? W końcu w gąszczu procedur zagubi się bezpowrotnie.

Absolutnie zgadzam się z p. dr. red. Ryśszardem Golańskim, że oprócz wprowadzania nowoczesnych metod porozumiewania się, konieczne jest również papierowe wydawanie pism samorządu lekarskiego. Moim zdaniem można to porównać do literatury, bo część osób nadal przedkłada czytanie nad inną formę intelektualnej rozrywki. Podobnie jak więcej odczuwają „ciepełka”, czytając życzenia pisane odręcznie, od tych przesyłanych telefonicznie lub drogą elektroniczną.

A ja już czekam na kolejny numer „Gazety Lekarskiej”, gdzie odnajdę skojarzenia podobne do moich, co daje mi poczucie, że to u mnie nie jest już tak, „a za moich czasów...”.

Z pozdrowieniami

Emerytka

(imię i nazwisko do wiadomości redakcji)

Szanujmy się wzajemnie

Nawiązując do listu Koleżanki lekarki z Warszawy („Gazeta Lekarska” 04/2015), że lekarze są obecnie źle traktowani przez Służbę Zdrowia, chciałbym podzielić się swoimi doświadczeniami w tym temacie.

Jestem lekarzem dentystą, emerytem, pracowałam w Służbie Zdrowia 35 lat. W tym czasie obowiązywała zasada przyjmowania Służby Zdrowia poza kolejnością. Lekarze, pielęgniarki, salowe, personel gospodarczy (kucharki, sprzątaczk), wszyscy pacjenci mieli napisane na kopercie z historią choroby „Służba Zdrowia”. Na drzwiach gabinetów lekarskich było również napisane: „Kombatanci, Krwiodawcy, Ciężarne i Służba Zdrowia są przyjmowani poza kolejnością”. Jeszcze kilka lat temu tak było. Legitymacja lekarza emeryta upoważniała do dostania numerka dla „uprzywilejowanych”.

Na czyje zlecenie zlikwidowano ten przywilej? Prawo nie powinno działać wstecz. Skoro nas obowiązywała zasada przyjmowania Służby Zdrowia poza kolejnością, my na emeryturze powinniśmy doświadczyć tego samego.

Lekarzy emerytów traktuje się bez należytego szacunku. Inne zawody mają przywileje: górnicy, nauczyciele, wojskowi, policjanci, kolejarze. Skoro Służba Zdrowia miała przywilej do szczególnego traktowania, to dlaczego nam go odebrano?

Pamiętamy, że Służba Zdrowia w czasach PRL była nędznie opłacana, ale dostęp do lekarza był łatwiejszy i traktowano nas po koleżeńsku. Młodzi lekarze powinni myśleć również o tym, że też będą emerytami i przekonują się, jak to przykro być pacjentem. Jeśli nie będziemy szanować się wzajemnie, nikt nas nie uszanuje.

Zaczyna się od kartoteki. W nielicznych przychodniach Panie Kartotekarki biorą pod uwagę nasz zawód i starają się dać wcześniejszy numer. Niestety, jeśli korzysta się z leczenia poza swoim miejscem zamieszkania, nie ma szans, aby zawód był wzięty pod uwagę.

Jeśli chodzi o wizyty u specjalistów, staram się korzystać z NFZ. Zdarza się, że muszę

pójść prywatnie i tu miałam różne doświadczenia – jedni lekarze przyjmowali zapłatę w gabinecie prywatnym, inni nie chcieli przyjąć pieniędzy, co było dla mnie krępujące.

Wydaje mi się, że w tej sytuacji Izby Lekarskie powinny walczyć o nasze utracone przywileje, aby lekarz mógł korzystać poza kolejnością z porady u młodszego kolegi specjalisty. Szczególny brak specjalistów to: kardiolodzy, endokrynolodzy, okuliści, ortopedzi i urolodzy. Osobom w starszym wieku te specjalizacje są bardzo potrzebne. Dzisiaj dowiedziałam się, że do endokrynologa są zapisy na styczeń 2017 r.

Muszę przyznać, że dwugodzinne czekanie w kolejce do specjalisty jest bardzo pouczające. Pacjenci denerwują się nie na NFZ, tylko na ciężko pracujących lekarzy. Zarzucają im, że przyjmują za wolno, to znów za szybko, że pacjent nie zdąży powiedzieć, o co mu chodzi, że terminy są zbyt odległe, sztucznie wydłużane, aby pacjenci korzystali z gabinetów prywatnych. Moim zdaniem jest za mało specjalistów w przychodniach NFZ.

Bardzo proszę w imieniu swoim oraz Koleżanek i Kolegów emerytów o zainteresowanie się tym tematem.

Emerytowana lekarz dentysta
(imię i nazwisko do wiadomości redakcji)



Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z całego kraju na bezpłatne szkolenia:

Szkolenia akredytowane, uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

- 07.03.2016; 23.05.2016 - „Warsztaty skutecznych negocjacji”
- 08.03.2016 - „Jak motywować pacjenta do skorzystania z zalecanego przez lekarza dentystę planu leczenia? - sztuka negocjacji partnerskich”
- 09.03.2016; 24.05.2016 - „Poszukiwanie rozwiązań rozwojowych w podmiotach leczniczych”
- 14.03.2016; 18.04.2016 - „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”
- 14.03.2016; 27.04.2016 - „Analiza Transakcyjna jako metoda reagowania na zachowania agresywne”
- 15.03.2016; 20.04.2016 - „Rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych w pracy lekarza”
- 15.03.2016; 26.04.2016; 30.05.2016 - „Psychomanipulacje”
- 16.03.2016; 24.05.2016 - „Angażowanie pacjenta w leczenie i modyfikację stylu życia”
- 16.03.2016; 31.05.2016 - „Sztuka motywacji”
- 21.03.2016; 25.05.2016 - „Jak pracować z trudnym pacjentem - wstęp do umiejętności komunikacyjnych”
- 22.03.2016; 20.04.2016 - „Asertywna komunikacja lekarzy”
- 21-22.03.2016 - „Lider zespołu”
- 30-31.05.2016 - „Lider zespołu”
- 13.04.2016 - „Komunikacja perswazyjna i inne techniki wywierania wpływu w relacji pacjent – lekarz”
- 13.04.2016 - „Umiejętności kierowania zespołem”
- 19.04.2016 - „Warsztaty wybranych umiejętności menedżerskich w zarządzaniu podmiotem leczniczym”
- 18.04.2016 - „Formy wykonywania zawodu lekarza – skutki prawne w aspekcie odpowiedzialności prawnej, w tym finansowej wobec NFZ, pacjenta, podmiotu leczniczego.”
- 19.04.2016 - „Recepty, refundacje, odpowiedzialność lekarzy...”
- 26.04.2016 - „Warsztaty autoprezentacji dla lekarzy”
- 25.04.2016 - „Mobbing – przemoc psychiczna w miejscu pracy – jak rozpoznać, zapobiegać, postępować”
- 23.05.2016 - „Specyfika pracy lekarza z chorym umierającym i jego bliskimi”
- 07.04.2016; 08.04.2016 - „Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów” Kursy zakończone egzaminem (egzamin platne zgodnie ze stawkami określonymi w obowiązujących Rozporządzeniach MZ)

zapisy: www.odz.nil.org.pl

Naczelna Izba Lekarska, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów,
ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, e- mail: odz@hipokrates.org, tel. 22 559 13 10, 22 559 13 44



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Pod skrzydłami

Jeśli pójść nad Tybr, to tylko bardzo rano, gdy śpią jeszcze turyści i dopiero budzą się dzwony katedr, pójść nie gdzie indziej, ale na Most św. Anioła – tę rozbuchaną klamrę rzuconą nad brudną rzymską wodą. Wtedy można naprawdę zobaczyć anielskie skrzydła rzeźb Berniniego, prawie usłyszeć ich szelest. To anioły doskonałe. Ja jednak wolę te ciche byty-niebyty, które wyszły spod ręki Paula Klee: anioły zapominalskie, niepełne, piękne w swych brakach.

Anioły pojawiają się w twórczości Klee zadziwiająco często, od wczesnych obrazów, kupionych przez samego Waltera Benjamina, po późniejszą serię ponad dwudziestu przedstawień powstałych pod koniec lat trzydziestych. Klee maluje je różnorako: są i te oddane zaledwie kreską, jak i te kolorowe, są i te już pewne swego istnienia, jak i te, które dopiero się rodzą, bytując gdzieś na granicy swej hermafrodytycznej cielesności. Wśród nich wszystkich najbardziej lubię anioła „przepełnionego”.

To anioł daleki od tryumfu, nie ma w nim nic z heroicznych sylwetek Berniniego znad Tybru. To anioł smutny, ze zwieszoną pod niepokojącym kątem głową, jakby oderwaną od reszty postaci. Niebieskie plamy policzków i zdecydowana czerń kresek oczu, nosa i ust składają się na twarz tak

prostą, jak i ujmującą. To anioł, który rozumie i nie ma za zbyt wiele do zaoferowania poza swym niezręcznym byciem, to anioł stróż, który wie, że już nic zrobić się nie da. Jego skrzydła, koślawo przenikające ciało, zamiast zachwyty budzą współczucie, zdają się mu ciążyć bardziej, niż podrywać go do lotu. Ręce wygiął w niemożliwy uścisk, zwiesił tak głowę, jak i ramiona. „Sztuka prowadzi nieświadomą grę z rzeczami ostatecznymi” pisał Klee, dodając: „A jednak dosięga ich naprawdę”. Jego zmęczony anioł dobrze o tym wie.

Być może ta niedoskonałość aniołów Paula Klee nie jest jednak tylko świadomym artystycznym wyborem. Czy coś w użyciu kreski, kolorów, budowanych kształtów świadczyć może o chorobie samego artysty? Jeśli tak, to na co mógł cierpieć? ■



Obraz: Paul Klee, Engel, übertoll, 1939

a

b

HOTEL PREZYDENT

MEDICAL SPA & WELLNESS

HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy oraz postaw diagnozę.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 15 marca 2016 r.

W temacie maila należy wpisać GL03.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju**

ufundował voucher obejmujący m.in.:

- dwa noclegi dla dwóch osób w apartamencie
- dwa śniadania i dwa obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla dwóch osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa”, Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni



NAGRODZENI Z „GL” 02/2016

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Anna Wrzos z Rzeszowa
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 02/2016

Obraz oryginalny: b

DIAGNOZA:

Chory najprawdopodobniej cierpił na hemoroidy. Iluminacja przedstawia sposób, w jaki radzono sobie z tym problemem w średniowieczu. Od wycinania guzów, po przypalanie ich żelazem i modlitwy do przypisanego chorobie świętego, starano się zwalczyć tę niewygodną przypadłość.

SZCZEGÓŁY

1. Dodanie płomieni ognia przy narzędziach używanych do operacji.

W średniowieczu jednym z narzędzi używanych do leczenia hemoroidów było rozgrzane żelazo. Najczęściej przyłożenie w chore miejsca następowało po wycięciu guza, w celu zagojenia się rany.

2. Dodanie szpadla przy sylwetce chorego.

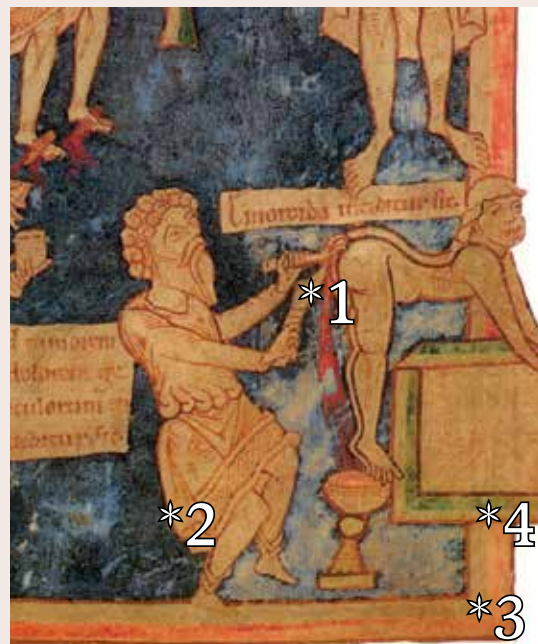
Cierpiący na hemoroidy mieli przypisanego im świętego, do którego modlitwy miały pomóc w ich wyleczeniu. Ponoć nawet sam kardynał Richelieu zanosił do świętego Fiakra modły. Jednym z atrybutów świętego był szpadel, stąd jego obecność na miniaturze nie byłaby nieuzasadniona.

3. Zmiana zdobienia rogu miniatury w duchu celtyckim.

Tego rodzaju zdobienia rogów średniowiecznych miniatur były popularne w anglosaskich księgach. Do perfekcji doprowadzono je w sławnej Books of Kells, klejnocie kolekcji dublińskiego Trinity College.

4. Dodanie sylwetki chodzącej ryby na marginesie iluminacji.

Marginalia zawsze pełniły niezwykle istotną rolę w średniowiecznych miniaturach. To, co rozgrywało się poza tekstem czy głównym obrazem, nierzadko dopowiadało historię, a czasem było po prostu lekkim, niemającym związku z głównym tekstem żartem. Często marginesy zaludniały dziwne stwory, jak ta chodząca ryba.



Obraz: fragment XI-wiecznej miniatury pochodzenia anglosaskiego



**Katarzyna
Jaśkiewicz**

Laureatka III
miejsca w
Konkursie
Literackim
„Przychodzi
wena do lekarza”
(2015) w kategorii
„Poezja”

Dla Brygidy

Fladry czerwone, czerwone
na wilki, na wilki
na mostach, w tramwajach
na wilki, na wilki.
W szpilkach do tańca,
w kwadratach, w trójkątach i gwiazdach
na bal, na wilki, na bal.
Z Baczyńskim bez palca,
w bucie do walca, na palcach,
na wilki.
Baczewski do walca, wiruje do walca
na palcach.
Za oknami Argentyna.
Za oknami trzy księżycy.
Za oknami dwa księżycy.
Za oknami karuzela.

Architekt świata

Na drobinkach drobinek
moje cząstki podnoszą do okien
karmię gołębie
umierają od chleba
Jestem kosmonautą studiuję
filozofię latania oddechu
krótkich rąk
odkrywam trzydziestomilionową Polkę
na schodach omijam nieznajomych
Jej cztery moje Jego setki tysięcy
kruche ciasteczka bez imion
Żyję ja bezsłowna
Jestem proporcjonalna w porwanych strunach reportażu
Ruszają do mnie marmury

Z Księgi Koheletha Wszystko ma swój czas

Przechylił się stolik,
Miłość z niego spadła.
Kanał z żółtym serem, pomidor,
Snurowadło, wypełniony żuraw
dziurawy berecik Piotrusia, samowar,
medalik babuni, bluzka w koronkach,
torebka, lakier do paznokci.
Jak dotknąć.
Wziąć naręcz, postawić na komodzie,
przefarbować włosy,
odkurzyć dywan
pójść na wywiadówkę
wyprowadzić psa.
Kochać.
Kocham brzozy, brzezinki, poziomki.



Wolontariat św. Eliasza, Arcybractwo Miłosierdzia

(zał. w 1584 r. przez ks. Piotra Skargę)

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

pod Honorowym Patronatem
J. Em. Ks. Kard. Stanisława Dziwisza

zapraszają do wzięcia udziału w

Plebiscycie

„Wybieramy Miłosiernego Samarytanina roku 2015”

W Roku Miłosierdzia pragniemy propagować nauczania św. Jana Pawła II i wspólnie budować „kulturę miłości” poprzez pokazanie, że pośród nas żyją i działają ludzie dobri i miłosierni, którzy pomagają drugiemu człowiekowi w potrzebie. Jeśli chcesz im podziękować za dobro i miłosierdzie, które okazują innym

NIE CZEKAJ !!!

Weź udział w głosowaniu na
„Miłosiernego Samarytanina Roku 2015”

Głosowanie odbywa się w dwóch kategoriach:

I kategoria: pracownik służby zdrowia, dla którego pomoc chorym nie jest tylko *pracą zarobkową*, ale jest postrzegana, jako swoistego rodzaju powołanie. To osoba, która często i bezinteresownie poświęca swój czas cierpiącym.

II kategoria: osoba, która bezinteresownie pomaga innym w potrzebie, osoba szlachetna, dla której pomoc drugiemu człowiekowi jest czymś naturalnym, wypływającym z potrzeby serca.

Pamiętaj, głosowanie trwa do 13 marca !

Głosując, podajemy: imię i nazwisko, nr telefonu, adres osoby, na którą głosujesz oraz koniecznie kilka zdań wyjaśniających, dlaczego uważasz, że ta osoba zasługuje na wyróżnienie.

Spośród nadesłanych zgłoszeń Kapituła wybierze osoby wyróżnione, które otrzymają prestiżową statuetkę i wyróżnienie „Miłosierny Samarytanin Roku 2015”, na uroczystej gali 1 kwietnia br. w Sanktuarium Miłosierdzia Bożego w Krakowie.

Jak oddać swój głos?

- Listownie na adres: Wolontariat św. Eliasza, 30-608 Kraków, ul. Porucznika Wąchały 5,
- Korzystając z formularza elektronicznego zamieszczonego na stronie internetowej www.eliasz.org.pl,
- Pocztą elektroniczną na adres: samarytanin@eliasz.org.pl,
- Telefonicznie: 885 512 500 – poniedziałek – piątek godz. 10.00 – 17.00
(12) 263 61 56 – poniedziałek – czwartek godz. 15.00 – 17.00

Mecenat:





Photo Art Medica

W dniach 23-24 kwietnia odbędą się
IV Międzynarodowe Warsztaty Fotograficzne
Lekarzy Photo Art Medica 2016.

Organizatorem tego wydarzenia jest
Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie.

Kontakt:
Krzysztof Muskalski, 601 919 619, 34 368 18 88.

Musica mores confirmat

W dniach 12-13 maja odbędzie się VI Międzynarodowy Konkurs Lekarzy
Śpiewających „Musica mores confirmat”.

Organizatorem tego wydarzenia jest Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie.

Kontakt: Grzegorz Czajkowski, 606 246 446, 91 487 75 61.

NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ



Henryk Beck
– świat widziany
oczami lekarza

Akwarele – Henryk Beck,
wydawnictwo: GBL

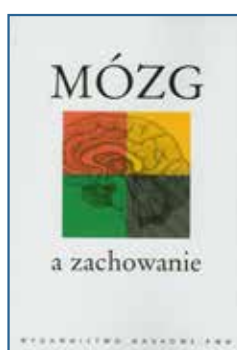
Pierwsze światowe wydanie
albumu akwael cenionego
lekarza – Henryka Becka.
Album został wydany w 120.
rocznicę jego urodzin.



Historia wewnętrzna.
Jelita - najbardziej
fascynujący organ
naszego ciała

Giulia Enders

Książka traktuje o układzie
trawinnym człowieka. Autor-
ka zwraca uwagę, jak ważną
rolą pełnią w organizmie jelita
i jakie sygnały mówią o tym,
że dzieje się coś niedobrego.
Wszystko podane w niezwy-
kle humorystycznej formie.



Mózg a zachowanie
Teresa Górską,
Anna Grabowska,
Jolanta Zagrodzka

Kompendium wiedzy na
temat mechanizmów funk-
cjonowania mózgu. To już
trzecie wydanie – uzupełnione
o wiedzę z najnowszych
osiągnięć naukowych, a także
poszerzone o kilka nowych
zagadnień.



Lekarz, który wiedział
za dużo

Christer Mjåset

Autor, znany neurochirurg
opisuje perypetie młodego
doktora, który pracuje na
jednej z prowincjonalnych
wysp. Powieść skrojona na
miarę dobrego, norweskiego
kryminału.



A wróble już to wiedzą

Joanna
Matlachowska-Pala

Zbiór wierszy, w których
autorka – lekarka i poetka
– wyraża to, co oczywiste,
w sposób niezwykle nieba-
nalny. To już czwarty tomik
autorki.

Beskidy: mistrzostwa w narciarstwie alpejskim

XIV edycja Ogólnopolskich Mistrzostw Beskidów Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim za nami. Szczęśliwie dobrany termin w sobotę 23 stycznia sprawił, że tegoroczne zawody w Wiśle odbyły się w prawdziwie zimowej scenarii. Tym razem nie zabrakło tak pożądaných dóbr jak śnieg, przygotowany stok, słońce, gościnna atmosfera. Po zakończeniu zapisów zawody potoczyły się profesjonalną rutyną: ciała opięte „gumami”, ślizgi nart posmarowanych cudownymi mydelkami, rozgrzewka na trasie.

Zrazu uczestnicy podzielili się na tych przybyłych dla radości obcowania z zimową aurą oraz prawdziwych zawodowców – łowców sportowych nagród. Poziom trudności zawodów w dwóch przejazdach giganta spo-

tęgował start ze ścianki czerwonej trasy. Rywalizacja odbyła się w kategoriach wiekowych oraz rodzinnej.

Wśród pań lekarek najszybsze okazały się: Katarzyna Wojcieszyn-Żorniak, Katarzyna Luterek i Basia Jezierska-Krupa. Rywalizacje panów zdominowali: Jakub Skowroński, Dominik Lewandowski, Mariusz Smolik i Janusz Lewandowski. Kategoria rodzinna to triumf Dominika i Łukasza Lewandowskich.

Gratulacje dla zwycięzców oraz wszystkich uczestników. Zawody to wspaniała okazja do sportowej zabawy na śniegu, odreagowania zawodowych stresów oraz integracji środowiska. Zapraszam za rok w Beskidy.

Janusz Lewandowski

Medycy na krawędzi: zawody w Szczyrku

– Trzeba założyć narty w miejscu, gdzie trasa narciarska jest pięknie przygotowana i po prostu zjechać. Nie ma niczego fajniejszego. Potem jest zmęczenie, ale to zmęczenie, które paradoksalnie napędza człowieka energią i radością z obcowania z naturą – tak rekomenduje narciarstwo Mariusz Smolik, współtwórca SKIM&L CUP – III Narciarskiego Pucharu Lekarzy, Farmaceutów i Radców Prawnych.

Zawody odbyły się w ostatni weekend stycznia w Szczyrku. Tegoroczna edycja SKIM&L CUP zaskoczyła organizatorów podwójnie. Po pierwsze, pogoda. Na kilka dni przed zawodami, zamiast siarczystego mrozu, była odwilż. Tego nie można jednak przewidzieć. Trudne warunki narciarskie nie ułatwiły zadania startującym.

Po drugie, kobiety. – Cieszy nas, że w tegorocznych

zawodach wzięło udział wiele młodych lekarek. Wcześniej z reguły byli to panowie. Te zawody to silna reprezentacja kobiet. Dwie najmłodsze kategorie pań były najbardziej oblegane – tłumaczy doktor Piotr Zagórski, współorganizator zawodów. Panie połknęły sportowego bakcyła i już czekają na kolejną edycję Pucharu.

W tym roku w Szczyrku, oprócz emocji sportowych, nie zabrakło też emocjonujących wykładów. Prelegentami byli m.in. Andrzej Bachleda-Curuś (legenda polskiego narciarstwa alpejskiego, dwukrotny medalista mistrzostw świata i olimpijczyk) oraz Jakub B. Bączek (motywator, odpowiedzialny za trening mentalny reprezentantów Polski w siatkówce mężczyzn, złotych medalistów mistrzostw świata).

Alicja van der Coghren

XIX Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie 10-13 marca 2016 r.

Korty Wojewódzkiego
Ośrodka Sportu i Rekreacji
Drzonków, ul. Olimpijska 20

Zgłoszenia:

- elektroniczne: zielona.gora@hipokrates.org
- termin: do 05 marca 2016 r.

Biuro OIL w Zielonej Górze

- tel. 68 3207900, 509 396 025

Organizator:

- Józef Safian (tel. 601 511 361)

UNIwersYTET MEDYCZNY w ŁODZI
i Klub Uczelniany AZS UM w Łodzi oraz Li-Ning Polska

ZAPRASZAJĄ NA

V MEDYCZNY PUCHAR BADMINTONA

IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie

09.04-10.04. 2016



Pod patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi

Hala Sportowo-Widowiskowa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. 6-go Sierpnia 71 Łódź

Relacje zdjęciowe
w dziale Sport
na www.gazetalekarska.pl

Aktualności



Nocny półmaraton w Piotrkowie Trybunalskim

24 czerwca o godz. 21.00 rozpocznie się II Piotrkowski Nocny Półmaraton Wielu Kultur będący jednocześnie Otwartymi Mistrzostwami Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi w Półmaratonie.

Długość trasy to 21,0975 km (4 pętle). Start i meta: okolice Rynku Trybunalskiego. Trasa biegu: utwardzona powierzchnia. Różnica poziomu trasy: 23 m. Limit uczestników: 799 osób. W skład Komitetu Organizacyjnego Półmaratonu Piotrkowskiego wchodzi m.in. Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi. Patronat honorowy nad imprezą objął prezydent miasta Piotrkowa Trybunalskiego.

Zawody narciarskie okulistów

XVIII Ogólnopolskie Zawody Narciarskie Okulistów odbędą się w dniach 26-28 lutego w Kalnicy koło Wetliny. Warunki atmosferyczne (np. brak śniegu) nie będą miały wpływu na organizację zawodów. Kontakt z organizatorem zawodów jest możliwy drogą telefoniczną albo za pośrednictwem poczty elektronicznej: tel. (16) 676 80 40 (w godz. 9-17), e-mail: klinika@twojeoko.com.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W LUBLINIE, DYPLOM 1970

Serdecznie zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie absolwentów ukończenia Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie, które odbędzie się w dniach 13-15 maja 2016 r. w Lublinie. Miejszem zakwaterowania uczestników będzie Hotel Wieniawski w Lublinie, ul. Sądowa 6. Pełny koszt uczestnictwa / zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem, teatr, wycieczka i imprezy towarzyszące / wynosi 540 zł od osoby. Zgłoszenia i informacje szczegółowe: Liliana Mazur, tel. 605 589 587, e-mail: lilianamazur@gmail.com, Irena Woźnica, tel. 601 272 435, e-mail: medycynaogolna@gmail.com, Jolanta Żuber-Wieczorkiewicz, tel. 604 415 883, e-mail: jwieczorkiewicz@gazeta.pl

WYDZIAŁ LEKARSKI I ODDZIAŁ STOMATOLOGICZNY, ROCZNIK 1960-1966

Uroczystość odnowienia dyplomów absolwentów z 1966 roku odbędzie się w dniu 20 maja 2016 roku (piątek). Miejsce uroczystości – Auditorium Primum im. Olgierda Narkiewicza, Atheneum Gedanense Novum (budynek tzw. Starej Anatomii) Gdańsk – Wrzeszcz, al. Zwycięstwa 41/42. Jeżeli nie dotarli do Państwa zgłoszenia i ankiety, prosimy o pilny kontakt pod numer telefonu: 58 555 75 21, sekretariat Wojewódzki Zespół Reumatologiczny ul. Grunwaldzka 1-3, 81-759 Sopot, hasło: Medyk 66, email: sekretariat@wzr.com.pl

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZ. LEK. AM W GDAŃSKU, 1985-1991

Serdecznie zapraszamy na spotkanie, które odbędzie się na Zamku w Gniewie w dniach 21-22.05.2016 r. Opłata za uczestnictwo 450 zł /osobę – obejmuje lunch, bankiet, nocleg w pokoju dwuosobowym (dopłata do pokoju 1-osobowego 50 zł, ilość pokoi 1-osobowych ograniczona) i śniadanie. Wpłaty na konto: 28 1160 2202 0000 0002 9535 3175 Mirosław Lipiński wraz z podaniem imienia, nazwiska i dopiskiem: „25 lecie zjazd koleżeński”. Zgłoszenia z imieniem, nazwiskiem, nazwiskiem z okresu studiów, adresem e-mail oraz numerem telefonu prosimy kierować do organizatorów: A. Paprocka-Lipińska: anpapak@amg.gda.pl, tel. 604 700 667, M. Lipiński: mireklipi@interia.pl, tel. 604 804 254.

Ostateczny termin przyjmowania zgłoszeń upływa 15.04.2016 r.

WYDZIAŁ LEKARSKI I STOMATOLOGII AM W POZNANIU, ABSOLUTORIUM 1961

W dniu 28 maja 2016 r. organizujemy w salach restauracji Estella Hotelu IOR w Poznaniu spotkanie z okazji 55-lecia ukończenia studiów. Szczegółowe informacje [program, koszty, wpłaty] o tej uroczystości zostały rozesłane do wszystkich Koleżanek i Kolegów, których adresy posiada Komitet Organizacyjny. Absolwenci, którzy do 15 marca br. nie otrzymali tych informacji, a chcą wziąć udział w uroczystości, proszeni są o dokonanie zgłoszenia na adres: SM Dzieciuchowicz, 60-326 Poznań, ul. Podkomorska 30, tel. 61 8674 609, e-mail: dzanst@gmail.com

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I ODDZIAŁU STOMATOLOGII AM W GDAŃSKU, ROCZNIK 1957 –1963

W dniach 3-5 czerwca 2016 roku organizujemy spotkanie w naszym stałym miejscu w Juracie. Zapraszamy do wzięcia udziału w tym koleżeńskim spotkaniu po latach, gdyż czas upływa nazbyt szybko. Przewidywany, całkowity (łącznie z 2 noclegami) koszt pobytu wyniesie najprawdopodobniej ok. 400 zł od osoby. Prosimy o zgłaszanie uczestnictwa do organizatorów i wpłaty na konto: Julita NOWAK nr 11 1160 2202 0000 0000 5472 6551. Kontakt: Julita /Augustowska/ Nowak: tel. 58 551 43 95, Małgorzata Herrmann – Jankau, tel. 502 614 336

WYDZIAŁ LEKARSKI AMG, ROCZNIK 1996

Serdecznie zapraszamy absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku z 1996 roku na spotkanie koleżeńskie z okazji 20-lecia dyplomu, które odbędzie się w dniach 10-12 czerwca 2016 r. w Dolinie Charlotty k/Słupska. Koszt pobytu: 765 zł od osoby w pokoju dwuosobowym lub 965 zł w pokoju jednoosobowym. Koszt obejmuje całość pobytu w hotelu: 2 noclegi wraz z posiłkami. Szczegółowy program spotkania prześlemy na e-mail. Osoby zainteresowane udziałem prosimy o kontakt z działem rezerwacji hotelu pod nr tel. 59 847 43 41 lub e-mailem rezerwacja@charlotta.pl najpóźniej do 31 marca 2016 r. Serdecznie zapraszamy. Kontakt z organizatorami: Agnieszka Panasik (agnieszka.panasik@wp.pl); Wojtek Makarewicz (wojmakar@wp.pl).

WYDZIAŁ LEKARSKII AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1971-1976

Z okazji 40. rocznicy ukończenia Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie serdecznie zapraszamy koleżanki i kolegów na Zjazd, który odbędzie się w dniach 16-18/09/2016 w Kazimierzu Dolnym w Domu Pracy Twórczej ul. Małachowskiego 17, tel. 81 881 01 62. Przewidywany koszt uczestnictwa: 550 zł (2 noclegi, śniadania, biesiada przy ognisku, uroczysta kolacja). Wpłaty prosimy dokonywać na konto, do dnia 31.07.2016 r. z dopiskiem „ZJAZD 76-16”: BANK PKO SA I Oddz. Puławy 07 1240 2412 1111 0000 3610 7559. Informacje

zjazdowe i SMS potwierdzający uczestnictwo: Elżbieta Walas-Skrzat 603 933 118, e-mail: ela.skrzat@gmail.com, Alina Wesołowska-Przystupa 605 084 042

WYDZIAŁ LEKARSKI PUM W SZCZECINIE, ROCZNIK 1975-1981

Z okazji 35-lecia ukończenia studiów zapraszamy na Zjazd Absolwentów, który odbędzie się w dniach 30.09-02.10.2016 r. w Międzyzdrojach w hotelu Aurora (ul. Bohaterów Warszawy 17). Orientacyjny koszt imprezy: 700 zł (obejmuje 2 noclegi, śniadania, uroczystą kolację oraz udział w bankiecie). W związku z koniecznością dokonania opłaty rezerwacyjnej prosimy o wpłacenie do 20 marca 2016 r. zaliczki w wysokości 300 zł na konto Andrzeja PKOBP 78 1020 4795 0000 9502 0057 4350 z dopiskiem zjazd. Organizatorzy: Andrzej Torbe, tel. 601 776 108 / torbea @wp.pl, Sławek Żółtowski, tel. 601 090 807 / slawekzoltowski@vp.pl, Grażyna Durska (Szymczak), tel. 603 390 488 /grazynadurska@wp.pl, obecność obowiązkowa. Serdecznie zapraszamy.

ŚLĄSKA AKADEMIA MEDYCZNA,

WYDZIAŁ LEKARSKI W ZABRZU, ROCZNIK 1990-1996

Z okazji 20-lecia ukończenia studiów serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się w hotelu Stok w Wiśle, w dniach 8-9.10.2016. Zapisy i szczegółowe informacje na stronie <http://medycysum.wix.com/zjazd1990-96> oraz na facebooku: <https://www.facebook.com/Medycysum1990-96-1565869470345899/>

UWAGA!

**Prosimy o nadsyłanie komunikatów
nie dłuższych niż 800 znaków (ze spacjami).**

Ostatnia taśma

Powiedzieć, że przeczytałem książkę Jerzego Pilcha „Zuza albo czas oddalenia”, to tak, jakby nic nie powiedzieć. „Rękopis ukryty w bucie... Oczywiście wszelkie podobieństwa... są przypadkowe”.

Jednym z najczęściej powtarzanych w gabinecie lekarskim zdań, oprócz magicznego słowa kaszel, jest twierdzenie „o starości, która się Panu Bogu nie udała”. Ale czy tylko starość ma defekty? Wydaje się, że młodzi i ci w średnim wieku mają równie krytyczną ocenę co do jakości swojego życia. Dotykają oczywiście innych elementów. Zdrowie nie jest dla nich najważniejsze, bo je najczęściej mają i trwonią z nonszalancją.

Człowiek pracuje, aby dotrzeć do emerytury, z którą wiąże dalekosiężne wizje. Niektórzy planują starość tak, jakby w ostatnim dniu pracy właśnie dostali akt urodzenia, szykowali się do chrztu i rozpoczynali nową drogę życia. Konspekt zawiera wszystkie niezrealizowane marzenia, nieprzeczytane książki, niedopowiedziane rozmowy, nieprzespane noce. Co tu kryć, niesie nadzieję na radość z wolności od zawodowych obowiązków i zrzućcia jarzma odpowiedzialności. Im bliżej tego szczęścia, tym bardziej mgławicowa wydaje się przyszłość. Świadomość niespełnienia rośnie w miarę upływających lat oraz mnożących się powikłań rodzinnych i zdrowotnych. Można się oszukiwać, ale najlepiej narzekać. Następuje korekta.

Szpula numer trzy, jeśli dobrze pamiętam, szpula numer trzy pana Krappa, zawiera taśmę z głosem młodości. Aktorskie odtworzenie zapisu na scenie nie jest łatwe psychologicznie, zaburza stereotyp myślenia i działania. Pokazuje, że był „czas polowania i jest czas oddalania”.

Krapp odstręcza fizycznie. Powtarza wciąż te same czynności i dosłownie zatrzymuje widzom zegarki, wzbudzając narastający niepokój celną obserwacją Samuela Becketta przetworzoną w groteskę o zbieraniu wspomnień, odsłuchiwaniu przeszłości i pustce na zawsze. Chociaż „zawsze nie ma nigdy”.

Najsłynniejszych polskich wykonań „Ostatniej taśmy Krappa” nie widziałem na żywo. Nie dane mi było spojrzeć na Łomnickiego czy Zapasiewicza, ale patrząc na wykonania Romana Kłosowskiego czy Jacka Mąki, wyobraziłem sobie, jak wielki trud podejmowali i jaką dysponowali odwagą, by wystawić się na widok publiczny.

Opowiadanie starości, bólu i choroby szuka adresatów po omacku. Artystyczny pokaz i jego przerysowania są tylko pozorem. Gdyby były igraszką, nie wzbudzały takich emocji, nie zasłużyłyby na wyparcie i odrzucenie własnej sytuacji i odległej daty urodzin. Chcemy być dalej Zuzanną. Nikt nie przyzna, że jest starcem, podglądaczem z coraz mniejszym arsenalem możliwości działania. Nikt się nie przyzna, nawet Jerzy Pilch, że prawda ukrywa się w niedopowiedzeniach oburzenia, wyśmiania, wyjścia, obscenicznych przypowieściach i niesmaku. Można ją znaleźć w bucie, w szpuli, w teatrze, ale nie w pokoju pisarza przystosowanym do niepełnosprawności. W głowie się nie mieści, żeby można było ją znaleźć tam właśnie. Lepiej szukać w burdelu, knajpie, telefonie, niemocy oczekiwania, że zdarzy się cud „w sensie ścisłym”.

Życzymy sobie sędziwej starości. Z uznaniem patrzymy na świeczki zdmuchiwane w sekundowych relacjach telewizyjnych przez stulatków. Młodość podlicza starość w Księgach Rekordów Guinnessa, w statystykach długowieczności, w pochwalie medycyny. Młodość nie przyznaje się, że dąży do starości, nie zauważa upływających lat i przesuwu cezury senioratu, tak samo jak przesuwała linijkę wejścia w wiek dojrzały.

Krapp przypomina spotkanie z ukochaną na łódce. Pilch po raz kolejny opisuje demony, kobiety, książki. „Dom z zapuszczonymi pokojami przypomina dobrze utrzymany cmentarz – jest gdzie umierać”. Oczy obydwu patrzą w dal, a szpule na magnetofonie kręcą się nieubłagane, mimo że już dawno zapis na taśmie się skończył.

Coraz odważniej rozmawiamy o starości: specjalizacje z geriatry, większa opieka senioralna, aktywizacja uniwersytetów trzeciego wieku, bezpłatne leki, zniżki, ulgi, udogodnienia. Ale w gabinecie lekarskim wciąż słychać ukryte pytanie Pilcha o nieistniejący eliksir, że „może starość jest uleczalna?”.

„Ostatnia taśma...”, którą obejrzałem, nie podniosła widowni do stojącej owacji.



Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”

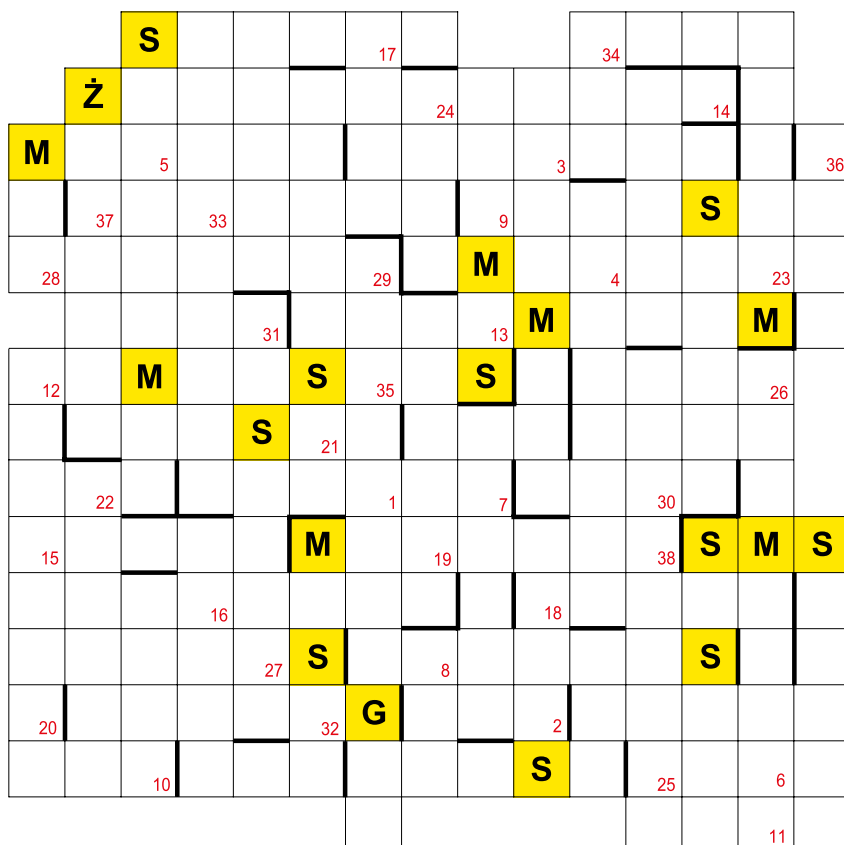


IX Kongres Polonii Medycznej

II Światowy Zjazd / Warszawa / 2016
Lekarzy Polskich / 2-4 / 06



Objaśnienia
66 haseł podano
w przypadkowej
kolejności. W diagramie
ujawniono wszystkie
litery: G, M, S i Ż.
Na ponumerowanych
polach ukryto 38 liter
hasła, które stanowi
rozwiązanie. Jest to
przysłowie niemieckie.
Należy je przesłać
na karcie pocztowej
do redakcji lub
e-mailem na adres
jolka@gazetalekarska.pl
do 15 marca 2016 r.
Wśród autorów
prawidłowych
rozwiązań rozlosujemy
nagrody książkowe
(prosimy o podanie
specjalizacji i adresu
do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 212
(„GL” nr 12/2015-01/2016)
**Urodzaj pochodzi nie tyle
z rosy, co z potu.**

Nagrody otrzymują:
Marcelina Gmerek
(Mucharz), Marek
Szamborski (Wrocław),
Joanna Dawicka (Gdańsk),
Marcelina Książkowska
(Lublin), Jarosław Strzelczyk
(Częstochowa). Fundatorem
nagród jest Wydawnictwo
Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl. Nagrody
prześlemy pocztą.

* seborrhoea * płynie w Mostarze * zdobywają góry, lasy, doły * sól kwasu borowego * Edith zwana wróbelkiem *
oblaży ją mrówki * choroba skóry * jezioro z Buffalo * organy Stalina * kwas rybonukleinowy * żądanie z groźbą
* pseudo Kondratowicza * łaźnia fińska * wyżyna między dorzeciami Konga i Nilu * sudor * partner Atosa i
Portosa * chmura pierzasta * varicosis * armia Suchewycza * Malijczyk z oryginalną kosmomitologią * nasiadowca
* nieboszczyk w szafie * dokończył wyprawę Magellana * kraj z Grenlandią * spasmophemia * angielski wysoki
tytuł szlachecki * gród nad początkiem rzeki Ilmenau * słoiki ze szklaną pokrywką * między gromadą a królestwem
* imię trenera Lenczyka * całość stworzenia * wstęga (łac.) * region z Oviedo * hit Torańskiej * dietność (ang.) *
cesarz, gość Chrobrego * na pn. od tajgi * model ciała do ćwiczeń * był trzecim bliźniakiem * płynie w Chartumie
* obytany * pochodna trifenylometanu * egipska personifikacja praocceanu * zakład przemysłu tłuszczowego *
wnętrze brzucha kobiety ciężarnej * obalony przez Kadaffiego * miasto na zach. od Meszhed * poprzedniczka
płytki CD w radiologii * egipska opera Verdiego * zbiór zasad * chirurg kości i stawów * grecka nazwa Dżehuti
* kraina z deltą rzeki Helmand * przecinak * krwinka biała * świątynia w Mekce * miłośnik Alfa Romeo * gaster
* zakłady mięsne pod Ostródą * cel karawany * między berylem a węglem * czołowa lub denna * miesiąc
zakochanych * berberyjski namada * siła ducha * szef oddziału

BJER

Wydawca:

**Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 167 050 egz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Marek Jodłowski
Jolanta Małmyga
Wojciech Marquardt
Katarzyna Strzałkowska

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
Tel. 600 909 382
naczelnym@gazetalekarska.pl

Zastępca redaktora naczelnego:
Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl

Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

W celu zmiany adresu wysyłki
„Gazety Lekarskiej” prosimy
kontaktować się z właściwą
okręgową izbą lekarską.

Redakcja:
Tel. (22) 558 80 40
Fax (22) 558 80 42
redakcja@gazetalekarska.pl

Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Jarosław Klimek (Łódź)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Warszawa)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)
Maria Domagała (Warszawa)

Redaktor portalu internetowego:
Mariusz Tomczak
m.tomczak@gazetalekarska.pl

Adres redakcji:
00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110
www.gazetalekarska.pl

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Reklama i marketing:
Elżbieta Tarczyńska
Tel. (22) 559 13 26
Fax (22) 558 80 42
Tel. 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia:
Michał Ostaszewski
Tel. (22) 559 13 26
Fax (22) 558 80 42
m.ostaszewski@gazetalekarska.pl

Druk: **RR Donnelley**
Global Print Solutions

Materiałom niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega
sobie prawo do skróć, adjustacji, zmiany tytułów. Redakcja
nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy
o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze
pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta prze-
znaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania
recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczni-
czymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r.
– Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn.
zmianami i rozporządzeniami).